Maria Becker

Ärztliche Empfehlungen in Therapieplanungsgesprächen

Eine gesprächsanalytische Untersuchung

Empirische Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen (EKiG) Band 5

Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung 2015

http://www.verlag-gespraechsforschung.de

ISBN 978 - 3 - 936656 - 68 - 8

Alle Rechte vorbehalten.

© Verlag für Gesprächsforschung, Dr. Martin Hartung, Mannheim 2015

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigung, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

N /	D1	Arztliche	T	1
Maria	Becker.	Arzunche	HMNTAN	uungen
IVIAIIA	DCCKCI.	1 M Zunche	Limpicii	Iungen

2

Für meine Eltern Petra und Thomas Becker

Inhaltsverzeichnis

0. ABSTRACT	6
1. EINLEITUNG: ERKENNTNISINTERESSE, UNTERSUCHUNGSGEGENST	ΓAND
UND AUFBAU DER ARBEIT	
UND AUFBAU DER ARBEIT	0
2. METHODISCHE VORGEHENSWEISE: DIE LINGUISTISCHE GESPRÄCH	
ANALYSE UND IHRE WEGBEREITER	
2.1 Ethnomethodologie	
2.2 Konversationsanalyse	
2.3 Linguistische Gesprächsanalyse	13
3. MODELLE DER ENTSCHEIDUNGSFINDUNG IN ARZT-PATIENTEN-	
GESPRÄCHEN	16
3.1 Das paternalistische Modell	16
3.2. Das Dienstleistungsmodell	
3.3 Das Kooperationsmodell	
3.4 Unterschiedliche Partizipationspräferenzen von Patienten: Ärztliche	
Flexibilität und Modellwechsel	
3.5 Abschließende kritische Bemerkung zu den Modellen	
4. ANNÄHERUNG AN DEN UNTERSUCHUNGSGEGENSTAND	21
4.1 Bisheriger Forschungsstand	
4.2 Empfehlungen und verwandte Sprechhandlungen	
4.3 Ärztliche Empfehlungen: Eine Arbeitsdefinition	
5. ÄRZTLICHE EMPFEHLUNGEN IM SPANNUNGSFELD VON ÄRZTLICH	ER
FÜRSORGEPFLICHT UND PATIENTENAUTONOMIE	27
5.1 Die ärztliche Fürsorgepflicht - Handeln zum Wohl des Patienten	27
5.2 Die Autonomie des Patienten als medizinethisches und rechtliches	
Prinzip	28
5.3 Ärztliche Fürsorgepflicht und Patientenautonomie im Konflikt	
5.4 Ärztliche Empfehlungen im Fall des Vorliegens gleichwertiger	>
Behandlungsalternativen	29
2	_

6. THERAPIEPLANUNGSGESPRÄCHE IN DER NEPHROLOGIE	31
6.1 Inhalte und Aufgaben nephrologischer Therapieplanungsgespräche	31
6.2 Entscheidungen über Behandlungsoptionen	33
6.3 Das untersuchte Korpus	35
7. GESPRÄCHSANALYTISCHE UNTERSUCHUNG ÄRZTLICHER EMPFEH-	
LUNGEN IN NEPHROLOGISCHEN THERAPIEPLANUNGSGESPRÄCHEN.	36
7.1 Eingeforderte Empfehlungen	36
7.1.1 Fallanalyse 1: bauchfelldialyse ausprobieren	36
7.1.1.1 Aufklärung über die Behandlungsoptionen	37
7.1.1.2 Die Empfehlungssequenz	48
7.1.1.3 Der weitere Gesprächsverlauf	50
7.1.1.4 Zwischenresümee zur Fallanalyse 1	53
7.1.2 Fallanalyse 2: so eine kleine operation	54
7.1.2.1 Aufklärung über die Behandlungsoptionen	55
7.1.2.2 Die Empfehlungssequenz	61
7.1.2.3 Der weitere Gesprächsverlauf	69
7.1.2.4 Zwischenresümee zur Fallanalyse 2	70
7.1.3 Fallanalyse 3: dialyseversuch	72
7.1.3.1 Aufklärung über die Behandlungsoptionen	72
7.1.3.2 Die Empfehlungssequenz	77
7.1.3.3 Der weitere Gesprächsverlauf	82
7.1.3.4 Zwischenresümee zur Fallanalyse 3	84
7.2 Initiative Empfehlungen	85
7.2.1 Fallanalyse 4: nich lange warten	86
7.2.1.1 Aufklärung über die Behandlungsoptionen	86
7.2.1.2 Die Empfehlungssequenz	88
7.2.1.3 Der weitere Gesprächsverlauf	98
7.2.1.4 Zwischenresümee zur Fallanalyse 4	99
8. FAZIT	102
8.1 Zusammenfassung der Ergebnisse	
8.2 ,Empfehlungen für Empfehlungen': Sechs Vorschläge zur Gestaltung des	
Entscheidungsprozesses in Arzt-Patienten-Gesprächen	
9. LITERATUR	108

10. ANHANG	115
10.1 Konventionen zur Erstellung eines erweiterten Minimaltranskripts nach	
GAT 2	115
10.2 Ergebnisse der Kookkurrenz- und Textsortenanalysen (Kapitel 4.1)	116
10.3.1 Kookkurrenzanalyse der Lexeme Empfehlung und empfehlen	117
10.3.2 Kookkurrenzanalyse der Lexeme Vorschlag und vorschlagen	117

0. ABSTRACT

Diese Arbeit widmet sich der gesprächsanalytischen Untersuchung ärztlicher Empfehlungen. Datengrundlage sind Therapieplanungsgespräche in der Nephrologie, in denen Ärzte die Patienten über eine bevorstehende Therapie mittels Dialyse als Nierenersatzverfahren aufklären. Die untersuchten Daten zeigen, dass die Ärzte sich aufgrund bestimmter ethisch-rechtlicher Forderungen stets darum bemühen, den Patienten die zur Verfügung stehenden Behandlungsmethoden neutral vorzustellen, um deren Beeinflussung zu vermeiden. Die Gespräche zeigen jedoch auch, dass es vielen Patienten schwer zu fallen scheint, über die bevorstehende Therapie alleine zu entscheiden und ärztliche Empfehlungen seitens der Patienten eingefordert werden. Im Spannungsfeld von ärztlicher Fürsorgepflicht und Patientenautonomie zeichnen sich die Empfehlungen der Ärzte durch auffallend tentative und relativierende Formulierungen aus, in denen sich die Diskrepanz zwischen dem, was gesagt werden soll und dem, was eigentlich gesagt - und gehört – werden möchte, manifestiert. Diese Beobachtungen geben nicht nur Anlass, die ethisch-rechtlichen Vorgaben bezüglich ärztlicher Empfehlungen und deren Konsequenzen für die medizinische Praxis zu hinterfragen, sondern auch, die gängigen Modelle der Entscheidungsfindung in der medizinischen Kommunikation neu zu überdenken. Da die Meinung des Arztes trotz des Bemühens um Neutralität das Gespräch ohnehin beeinflusst, kann ein offener Dialog das Selbstbestimmungsrecht des Patienten sogar besser schützen als künstliche Neutralität, weshalb dafür plädiert wird, ärztliche Empfehlungen nicht zwangsläufig im Sinne einer autonomen Entscheidung des Patienten zu unterbinden. Vielmehr werden Vorschläge hinsichtlich deren Positionierung und Formulierung erarbeitet mit dem Ziel, trotz der Meinungsäußerung seitens des Arztes eine selbstbestimmte Entscheidung des Patienten zu ermöglichen.

In this research, a conversation analytic approach is used to study medical recommendations. The studies are based on renal treatment planning conversations, in which physicians inform patients about an upcoming dialysis therapy. The analyzed data show that physicians always endeavor to remain neutral in presenting the available methods of treatment to avoid influencing the patients due to certain ethical and legal requirements. However, the data also show that it seems to be difficult for many patients to decide about the upcoming therapy on their own and that medical recommendations are demanded by them. Caught between the physician's duty of care and the patient's autonomy, medical recommendations are marked throughout by their strikingly tentative and relativistic phrasing in which the discrepancy between what should be said and what patients and physicians want to be said - and heard - is revealed. These observations not only give reason to question the ethical and legal requirements concerning medical recommendations and their implications for medical practice, but also to rethink the current models of decision-making in medical communication. Since the opinion of the physician, despite the efforts to remain neutral, influence the discussion in

any case, an open dialogue may protect the patient's autonomy even better than artificial neutrality would do. Therefore, it is suggested that medical recommendations should not be prohibited in terms of the patient's autonomous decision. Instead, proposals with regard to the positioning and phrasing of recommendations will be developed which enable a patient's autonomous decision in spite of a physician's expressions of opinion.

1. EINLEITUNG: ERKENNTNISINTERESSE, UNTERSUCHUNGSGEGENSTAND UND AUFBAU DER ARBEIT¹

Die aktive Beteiligung von Patienten an medizinischen Entscheidungen hat in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. So belegen zahlreiche Umfragen zu den Partizipationspräferenzen von Patienten deren Wunsch, von Ärzten an medizinischen Entscheidungen beteiligt zu werden (vgl. hierzu ausführlicher Kap. 3.4 dieser Arbeit), und auch Ärzte sehen – und begrüßen – vermehrt das Bedürfnis von Patienten, bei ihrer Behandlungsplanung mitzubestimmen, so etwa auch Wolfgang Rechl, der Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer, in einer Rede vor dem Bayerischen Ärztetag:

Der mündige, autonome und informierte Patient ist uns Ärztinnen und Ärzten ein zentrales Anliegen. [...] Die Selbstbestimmung des Patienten gewinnt an Bedeutung und trägt maßgeblich zu einem besseren Behandlungsergebnis bei.²

Die Betonung der Patientenautonomie zeigt auch in rechtlicher Hinsicht Resonanz, und so wird beispielsweise im neuen Patientenrechtegesetz, das im Februar 2013 verabschiedet wurde, die Forderung nach einer stärkeren Mitwirkung und Mitverantwortung der Patienten an ihrer Behandlung deutlich. Zwar ist die Behandlungsmethode nach dem Grundsatz der Therapiefreiheit zunächst einmal Angelegenheit des Arztes, Patienten haben jedoch das Recht, über jegliche diagnostische oder therapeutische Eingriffe durch Zustimmung oder Ablehnung selbst zu bestimmen (Schöne-Seifert 2008: 39). Dies gilt insbesondere im Fall des Gleichgewichts alternativer Therapiemöglichkeiten: Denn wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte Behandlungsmethoden vorliegen, dann muss dem Patienten durch entsprechende vollständige Belehrung die Entscheidung darüber überlassen bleiben, auf welchem Weg die Behandlung erfolgen soll (§ 630 e BGB, Absatz 1; vgl. auch Schöne-Seifert 2008 sowie Katzenmeier 2010).

In dieser Untersuchung sollen diese ethisch-rechtlichen Forderungen mit der empirischen Gesprächsrealität abgeglichen und auf diese Weise kritisch reflektiert werden.

Ich möchte mich an dieser Stelle in besonderer Weise bei meinem Vater Thomas Becker bedanken, der als nephrologischer Fachkrankenpfleger im Klinikum Offenbach arbeitet und mir durch seinen engagierten Einsatz die Aufnahme der Gespräche, die dieser Arbeit zugrunde liegen, ermöglicht hat. Mein Dank für wertvolle Hinweise, Korrekturvorschläge und viele schlaflose Nächte gilt meiner Mutter Petra Becker. Ohne euch würde es diese Arbeit nicht geben! Für die wunderbare Betreuung der Arbeit danke ich Thomas Spranz-Fogasy. Mein Dank für anregende Diskussionen und Gedankenanstöße gilt Anja Lobenstein-Reichmann, Hanjo Hamann und den Teilnehmern des Forschungskolloquiums zur medizinischen Kommunikation unter Leitung von Thomas Spranz-Fogasy am Institut für Deutsche Sprache in Mannheim. Ganz herzlich danken für ihre Unterstützung und das Interesse an meiner Arbeit möchte ich auch den Ärztinnen und Ärzten der Nephrologie im Klinikum Offenbach. Nicht zuletzt sei auch den Patienten, die den Aufnahmen zugestimmt haben, für ihr damit verbundenes Vertrauen und ihre Offenbeit gedankt.

http://www.presseportal.de/pm/55210/2863015/selbstbestimmung-und-patientenrechte, zuletzt aufgerufen am 09.09.2014.

Anhand von nephrologischen Therapieplanungsgesprächen, in denen Ärzte die Patienten über eine bevorstehende Therapie mittels Dialyse aufklären und die nächsten Schritte der Behandlung besprechen, soll gezeigt werden, dass die Forderungen bezüglich eines autonomen und selbstbestimmten Patienten differenzierter betrachtet werden müssen, als dies in den ethisch-rechtlichen Diskursen oftmals der Fall ist.

Ausgangspunkt ist dabei die Beobachtung, dass in den untersuchten Gesprächen oft mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte Behandlungsmethoden vorliegen und die Ärzte entsprechend der ethisch-rechtlichen Vorgaben großen Wert darauf legen, die in Frage kommenden Therapiemaßnahmen neutral vorzustellen. Die Gespräche zeigen jedoch auch, dass es vielen Patienten schwer zu fallen scheint, über die bevorstehende Therapie auf der Grundlage einer objektiv vorgetragenen Aufklärung alleine zu entscheiden, so dass in einer Vielzahl der Gespräche ärztliche Empfehlungen eingefordert werden – also Einschätzungen und persönliche Meinungen der Ärzte bezüglich einer von ihnen präferierten Behandlungsmethode, welche die Ärzte im Sinne einer neutralen Aufklärung ja gerade zu vermeiden suchen. In den stets sehr tentativen Formulierungen ärztlicher Empfehlungen, die vor dem Hintergrund des Spannungsfelds von ärztlicher Fürsorgepflicht und Patientenautonomie analysiert werden müssen, manifestiert sich schließlich die Diskrepanz zwischen dem, was gesagt werden soll, und dem, was eigentlich gesagt – und gehört – werden möchte.

Eben diesen Empfehlungen widmet sich diese Untersuchung, wobei es sich hierbei um einen Gegenstand handelt, der bisher kaum in den Fokus sprachwissenschaftlicher Arbeiten gerückt ist. Auf der Grundlage einer gesprächsanalytischen Untersuchung von nephrologischen Therapieplanungsgesprächen wird deshalb beleuchtet, wann Empfehlungen von Ärzten eingebracht werden, wie sie formuliert werden, wie Patienten auf sie reagieren und welchen Einfluss sie auf die Gestaltung des weiteren Gesprächsverlaufs haben. Dabei wird deutlich, dass ärztliche Empfehlungen – auch und insbesondere im Fall des Vorliegens gleichwertiger Behandlungsalternativen – sowohl aus Sicht der Patienten als auch der Ärzte ein wichtiger und erwünschter Bestandteil von Therapieplanungsgesprächen sind.

Die Arbeit ist dabei wie folgt gegliedert: Nachdem die linguistische Gesprächsanalyse als methodologischer Rahmen dieser Arbeit besprochen wurde (Kap. 2), werden die verschiedenen Modelle der Beziehungsgestaltung in Arzt-Patienten-Gesprächen, hinsichtlich derer ärztliche Empfehlungen jeweils auf eine andere Art und Weise zu evaluieren sind, kritisch reflektiert (Kap. 3). Im Anschluss an eine Auseinandersetzung mit Empfehlungen als sprachwissenschaftlicher Untersuchungsgegenstand (Kap. 4) und eine Einführung in die Problematik des Spannungsfelds von ärztlicher Fürsorgepflicht und der Autonomie des Patienten werden diesbezügliche Implikationen hinsichtlich der Bewertung ärztlicher Empfehlungen diskutiert (Kap. 5). Nach einem Überblick über nephrologische Therapieplanungsgespräche als Untersuchungsgegenstand und Datengrundlage dieser Arbeit (Kap. 6) werden anhand von vier Fallanalysen sprachliche Merkmale und Besonderheiten ärztlicher Empfehlungen erarbeitet, wobei zwischen

Empfehlungen, die von Patienten eingefordert werden und Empfehlungen, welche die Ärzte initiativ einbringen, unterschieden wird. Bei der Analyse werden auch die größeren sequentiellen Kontexte der Empfehlungen berücksichtigt, so dass sowohl die Darstellung der Behandlungsmethoden, die Empfehlungssequenz selbst sowie die Auswirkungen der Empfehlung auf den weiteren Gesprächsverlauf beleuchtet werden (Kap. 7). Ein Fazit fasst schließlich die Ergebnisse dieser Arbeit zusammen und zeigt weiterführende Aspekte auf (Kap. 8).

2. METHODISCHE VORGEHENSWEISE: DIE LINGUISTISCHE GESPRÄCHSANALYSE UND IHRE WEGBEREITER

Die vorliegende Arbeit versteht sich als eine gesprächsanalytische Untersuchung. Im Folgenden sollen deshalb zunächst die Ethnomethodologie und die Konversationsanalyse, auf deren Grundprinzipien aufbauend sich die linguistische Gesprächsanalyse entwickelt hat, vorgestellt werden, um anschließend auf die Aufgaben und Fragestellungen der Gesprächsanalyse einzugehen, die auch die methodischen Leitlinien dieser Arbeit bilden.

2.1 Ethnomethodologie

Die Ethnomethodologie (Garfinkel 1967, Cicourel 1973, Schütz 1977) ist eine Forschungsrichtung innerhalb der interpretativen Soziologie, die unsere soziale Wirklichkeit nicht als per se gegeben, sondern als durch handelnde Individuen hergestellt begreift. Im Zentrum des Erkenntnisinteresses steht dementsprechend die Frage, auf welche Art und Weise Menschen als handelnde Individuen diese Wirklichkeit in ihrem alltäglichen Handeln und ihrem sozialen Umgang miteinander konstruieren (Deppermann 2001: 43, Bergmann 1988: 3). Eine wichtige Grundannahme der Ethnomethodologie, die sich auch in der Konversations- und Gesprächsanalyse niederschlägt (s. u.), ist dabei das indexikalische Verständnis sozialen Handelns und somit auch sprachlicher Äußerungen: Denn da sich jede Handlung erst unter Bezugnahme auf die konkrete Situation, in der sie ausgeführt wird, deuten lässt, gilt jegliches Handeln – und somit auch jegliche Äußerung als sprachliches Handeln – als kontextsensitiv (vgl. Galinski 2004: 7).

Dass der Fokus der Ethnomethodologie auf dem alltäglichen, sozialen Handeln von Menschen liegt, wird auch durch die Benennung dieser Forschungsrichtung deutlich (vgl. Galinski 2004): So rekurriert das Morphem "Ethno-", das von dem griechischen Wort $\xi\theta voc$ (ethnos, Volk) abgeleitet ist, auf den Menschen als Mitglied einer Gruppe bzw. Gesellschaft und gleichzeitig als handelndes Individuum, das im Zentrum der Betrachtung steht. Der zweite Wortbestandteil "-methodologie" verdeutlicht die Grundannahme, dass sich die Menschen bei ihren alltäglichen Handlungen systematisch bestimmter Methoden bzw. Verfahren bedienen, um ihre Welt sinnhaft zu ordnen und zu strukturieren (Galinski 2004: 6, Bergmann 1988). Solche Ethno-Methoden sind Techniken bzw. Verfahren, "mit denen die Mitglieder einer soziokulturellen Gemeinschaft ihre alltäglichen Aktivitäten organisieren und im Griff behalten" (Bußmann 2002: 204). Sie werden im Sozialisationsprozess erworben und sind eine zwingend notwendige Ressource bei der Produktion und Interpretation von Handlungen und Äußerungen (vgl. Deppermann 2007). Der Rückgriff auf Ethno-Methoden läuft routinisiert ab und ist den handelnden Individuen in der Regel nicht bewusst, weshalb es wiederum Aufgabe der Ethnomethodologie ist, diese Methoden bzw. Verfahren der Produktion von sozialer Wirklichkeit aufzudecken und zu beschreiben.

2.2 Konversationsanalyse

In der Konversationsanalyse (Sacks/Schegloff/Jefferson 1974, Sacks 1984) werden die eben dargelegten Prinzipien und Grundannahmen der Ethnomethodologie auf Gespräche angewendet. Die Konversationsanalyse kann somit zu Recht als "Einlösung des ethnomethodologischen Forschungsprogramms am Gegenstand sprachlicher Interaktion" (Eberle 1997: 250) beschrieben werden. Dementsprechend geht es dabei in erster Linie um eine Rekonstruktion der Methoden, die von Interaktionsteilnehmern in Gesprächen eingesetzt werden, um soziale Wirklichkeit herzustellen. Solche gesprächsorganisatorischen Strukturen, die als Orientierungsmuster und formale Mechanismen fungieren und auf diese Weise den Sinn einer Äußerung erkennbar machen (Bergmann 1994: 8), gilt es durch detaillierte Untersuchungen von sprachlichen Handlungsabläufen aufzudecken und auf diese Weise beschreibbar zu machen.

Auf welche Weise die Grundannahmen der Ethnomethodologie auf die Forschungspraxis der Konversationsanalyse einwirken, expliziert Deppermann (2001: 53 f.) wie folgt:

- Gespräche werden als von Teilnehmern hergestellt verstanden, indem diese auf kulturell verbreitete Interpretations- und Handlungsressourcen zurückgreifen.
- Gesprächsteilnehmer orientieren sich an universellen und kontextunabhängigen Regeln wie etwa den Regeln des Sprecherwechsels, die sie kontextsensitiv anwenden, also an den jeweiligen Kontext anpassen.
- In Gesprächen werden Handlungen und soziale Ordnungen konstituiert. Dies ist ein beobachtbares Geschehen, weshalb es Aufgabe der Konversationsanalyse ist, die zugrundeliegenden Regeln und Mechanismen zu rekonstruieren. Dabei muss gezeigt werden, dass und auf welche Weise die Gesprächsteilnehmer ihr Handeln an den postulierten Regeln orientieren.
- Durch Anzeigeaktivitäten verdeutlichen Gesprächsteilnehmer einander die Ordnung und das Verständnis der jeweiligen Gesprächsbeiträge. Solche Anzeigeaktivitäten dienen dem Konversationsanalytiker als Prüfungskriterium für die Adäquatheit seiner Interpretationen, da diese so am Transkript selbst überprüft werden können.

Ein weiteres Merkmal, das sowohl der Ethnomethodologie als auch der Konversationsanalyse zugeschrieben werden kann, ist der bewusste Verzicht auf eine Theoriebildung, der letztendlich aus dem Prinzip und der Überzeugung herrührt, "gegenstandsadäquate Methode[n] erst durch die Arbeit mit dem Analysematerial" (Galinski 2004: 12) zu entwickeln. Diese sogenannte "analytische Mentalität" (Schenkein 1978: 6) der Konversationsanalyse äußert sich nun in erster Linie darin, dass die Konstitutionseigenschaften von Gesprächen wie Prozessualität, Interaktivität oder Pragmatizität (vgl. dazu ausführlicher Kap. 2.3) als Leitlinien der Untersuchungen selbiger verwendet werden, oder, um es mit den Worten Deppermanns (2000: 97) auszudrücken: "Die Prinzipien, nach denen Gespräche zustande kommen, werden methodisch gewendet und als Prinzipien, nach denen Gespräche analysiert werden, benutzt."

2.3 Linguistische Gesprächsanalyse

Die im Folgenden vorgestellten Untersuchungen werden nach den Paradigmen der Gesprächsanalyse durchgeführt, die im Wesentlichen auf den Grundannahmen und Erkenntnisinteressen der Konversationsanalyse beruht (vgl. Deppermann 2008: 10). Während die Konversationsanalyse jedoch in erster Linie im Rahmen von sozialwissenschaftlichen Arbeiten entwickelt wurde, ist die linguistische Gesprächsanalyse primär sprachwissenschaftlich ausgerichtet und untersucht, nach welchen Prinzipien Menschen ihren Austausch gestalten und auf welche sprachlichen sowie anderweitige kommunikative Ressourcen sie dabei zurückgreifen (Deppermann 2008: 9). Die Termini Konversationsanalyse und Gesprächsanalyse werden jedoch aufgrund der inhaltlichen Nähe beider Ansätze oft synonym verwendet, so bspw. auch bei Deppermann (2008). Dementsprechend widmen sich die folgenden Ausführungen auch nicht der Abgrenzung der Konversationsanalyse von der linguistischen Gesprächsanalyse – falls eine solche methodologische Ausdifferenzierung überhaupt gelingen würde -, sondern in erster Linie sollen die Grundannahmen und das Erkenntnisinteresse der linguistischen Gesprächsanalyse beleuchtet werden, die sich wiederum zu großen Teilen aus den Prinzipien der Ethnomethodologie sowie der Konversationsanalyse speisen.

So liegt auch der linguistischen Gesprächsanalyse die Annahme zugrunde, dass die soziale Wirklichkeit durch handelnde Individuen hergestellt wird, und zwar als von den Gesprächsteilnehmern konstituierte Gesprächswirklichkeit. Ziel gesprächsanalytischer Arbeiten ist dementsprechend – ganz im Sinne der Ethnomethodologie und der Konversationsanalyse – die Rekonstruktion der in Gesprächen ablaufenden Prozesse der Bedeutungszuschreibung und deren Interpretation einerseits und die Untersuchung der für diese Vorgänge grundlegenden Interaktionsbedingungen andererseits (Brinker/Sager 2006: 17).

Eines der bedeutendsten Merkmale der Gesprächsanalyse, das sie auch mit der Konversationsanalyse teilt, ist ihr "radikales Empirieverständnis" (Deppermann 2008: 11): So werden Fragestellungen und Untersuchungsdesigns stets auf der Grundlage authentischer Gespräche entwickelt. Um diese zum Gegenstand gesprächsanalytischer Untersuchungen zu machen, müssen sie zunächst konserviert, das heißt aufgenommen und transkribiert werden (vgl. Kap. 6.3 sowie Deppermann 2008, Kap. 3-5).

Die wichtigsten Grundannahmen der Gesprächsanalyse über Gespräche als ihren Untersuchungsgegenstand sowie deren forschungspraktische Implikationen, die auch als methodologischer Orientierungsrahmen dieser Arbeit fungieren sollen, seien im Folgenden zusammenfassend aufgeführt (vgl. Deppermann 2008: 8 f.):

- Konstitutivität: Durch das Merkmal der Konstitutivität von Gesprächen wird verdeutlicht, dass diese von den Gesprächsteilnehmern als soziale Wirklichkeit aktiv hergestellt werden. Dies geschieht, indem die Gesprächsteilnehmer vor dem Hintergrund verschiedener Regeln, Routinen und Erwartungen Strukturen produzieren, die an die jeweilige Situation angepasst sind und dementsprechend kontextbezogen interpretiert werden müssen (Deppermann 2007: 4).
- Prozessualität: Dem Merkmal der Prozessualität liegt die Beobachtung zugrunde, dass Gespräche zeitliche Gebilde sind und dementsprechend auch der interaktive Aufbau von Sinn in Gesprächen ein in der Zeit ablaufendes Verfahren ist (vgl. Müller i. Dr.). Die zeitliche Abfolge von Aktivitäten in Gesprächen muss entsprechend auch bei deren Analyse berücksichtigt werden: Denn Gesprächsteilnehmer entwerfen ihre Beiträge stets für einen bestimmten Gesprächsmoment "in Berücksichtigung von bereits Vergangenem und bezogen auf Zukünftiges und [...] interpretieren jede Äußerung als eine solcherart situierte Aktivität" (Schmidt 1997: 58).
- Interaktivität: Das Merkmal der Interaktivität bezieht sich auf die gemeinsame Herstellung kommunikativen Sinns durch die Gesprächsteilnehmer. Da Gespräche aus wechselseitig aufeinander bezogenen Beiträgen mehrerer Personen bestehen (vgl. Deppermann 2008: 8), gilt es zu untersuchen, auf welche Weise diese Bezugnahmen vollzogen und wie dabei Bedeutung festgelegt und Gesprächsstrukturen herstellt werden.
- Methodizität: Das Merkmal der Methodizität rekurriert in Anlehnung an die oben dargestellte Ethnomethodologie darauf, dass Gesprächsteilnehmer sich typischer, mehr oder weniger verbreiteter und routinierter (Ethno-) Methoden des Handelns bedienen, um eigene Gesprächsbeiträge zu konstruieren und die des Gegenübers zu interpretieren. Aufgabe der Analyse von Gesprächen ist es dementsprechend, diesen methodischen Charakter von Gesprächen zu rekonstruieren.
- Pragmatizität: Mit dem Merkmal der Pragmatizität wird der Handlungscharakter von Gesprächen verdeutlicht: So bestehen Gespräche aus Handlungen, mit denen die Gesprächsteilnehmer bestimmte Zwecke verfolgen, Aufgaben bearbeiten oder Probleme lösen (vgl. hierzu ausführlicher Fiehler 2009: 1217 ff.). Durch die Analyse von Gesprächen können eben diese Zwecke, Aufgaben und Probleme verständlich gemacht werden (vgl. Deppermann 2000: 47).

Auf diesen Grundannahmen beruht auch die vorliegende Arbeit und die darin durchgeführten Analysen. Da in Gesprächen, wie hier gezeigt werden konnte, viele verschiedenen Ebenen und Aspekte zur gleichen Zeit relevant werden und jedes Gespräch in einem komplexen Kontext stattfindet, der wiederum in der Interaktion von den Gesprächsteilnehmern selbst geschaffen wird (Klemm/Michel 2014), gilt es, diese Ebenen

bzw. Kontexte bei der Analyse von Gesprächen in adäquater Weise zu berücksichtigen. Deppermann (2007, vgl. auch Holly 1992) schlägt deswegen zu Recht eine holistische Herangehensweise bei der Analyse von Gesprächen vor, welche die verschiedenen Ebenen der Gesprächsproduktion wie die Syntax und Semantik, aber auch die Prosodie sowie die Gestik und Mimik der Gesprächsteilnehmer gleichzeitig betrachtet. Diese Aspekte sowie deren komplexes Zusammenspiel möchte auch ich in meinen Analysen in den Blick nehmen. Die Interpretationen der Gesprächsausschnitte sollen dabei stets am Datenmaterial aufgezeigt und auf diese Weise plausibilisiert werden, um schließlich aus den daraus gewonnenen Ergebnissen allgemeinere Prinzipien und Ordnungsmuster abzuleiten.

-

Da es sich bei den dieser Arbeit zugrundeliegenden Daten um Audioaufnahmen handelt, zu denen keine Videomitschnitte vorliegen, kann in den Analysen jedoch nur auf verbales und paraverbales Gesprächsverhalten eingegangen werden.

3. MODELLE DER ENTSCHEIDUNGSFINDUNG IN ARZT-PATIENTEN-GESPRÄCHEN

Nachdem nun die methodischen Grundlagen dieser Arbeit expliziert wurden, möchte ich im Folgenden auch in thematischer Hinsicht eine Basis für die nachfolgenden Analysen erarbeiten. Dafür soll zunächst auf die Beziehungsgestaltung zwischen Ärzten und Patienten eingegangen werden, die ein wichtiger Einflussfaktor auf die Art und Weise ist, wie in ärztlichen Gesprächen medizinische Entscheidungen getroffen werden und welche Rolle die Empfehlungen von Ärzten in solchen Entscheidungsprozessen spielen. In den vergangenen Jahren wurden verschiedene Modelle der Patientenbeteiligung bei der Entscheidungsfindung für bevorstehende Behandlungsmaßnahmen entwickelt, die sich vor allem anhand der Frage, wer im Verlauf des ärztlichen Gesprächs die diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen trifft, differenzieren lassen (vgl. Ditz 2006: 175). Koerfer/Obliers/Köhle (2005) und Ditz (2006) unterscheiden zwischen einem paternalistischen Modell, einem Dienstleistungs- sowie einem Kooperationsmodell, die im Folgenden vorgestellt und anschließend kritisch bewertet werden sollen. Nach einer Annäherung an ärztliche Empfehlungen als Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit (Kap. 4) sollen diese Modelle im Rahmen des fünften Kapitels schließlich wieder aufgegriffen und hinsichtlich des jeweiligen Stellenwerts ärztlicher Empfehlungen evaluiert werden.

3.1 Das paternalistische Modell

Im traditionellen, paternalistischen Modell ist der Arzt aufgrund seiner Fähigkeiten und seines Wissens als medizinischer Experte berechtigt, die Entscheidungen über Behandlung und Therapie alleine zu treffen: Er sorgt nach bestem Wissen und Gewissen für seinen Patienten und entscheidet, welche Maßnahmen für dessen Wohl förderlich sind, während der Patient sich diesem als medizinischem Fachmann ganz nach dem Motto "doctor knows best" anvertraut (Ditz 2006: 176). Dies kann notfalls auch bedeuten, dass der Arzt – in bester Absicht – Entscheidungen trifft, die den Präferenzen des Patienten entgegenstehen (Koerfer/Obliers/Köhle 2005: 132). Da der Arzt für den Patienten entscheidet, müssen dem Patienten nur die Informationen zukommen, welche die Befolgung der ärztlichen Anordnungen betreffen, während weiterführende Erklärungen, etwa zu medizinischen Hintergründen, im paternalistisch geführten Arzt-Patienten-Gespräch zumeist keine große Rolle spielen. Aufgabe des Patienten ist es dementsprechend, die Anordnungen des Arztes zu befolgen und mit diesem zu kooperieren, während der Arzt die alleinige Verantwortung für die therapeutischen Maßnahmen, die er verordnet, übernimmt. Die Beziehung zwischen Arzt und Patient zeichnet sich also durch eine starke Abhängigkeit des Patienten vom Arzt aus, die sich "im Sinne der hippokratischen Tugendethik durchaus persönlich und vertrauensvoll gestalten" (Koerfer/Obliers/Köhle 2005: 140) kann. Problematisch ist dieses Modell jedoch vor allem in solchen Fällen, in denen eine vom Arzt über den Kopf des Patienten getroffene Entscheidung zu einer

Non-Compliance des Patienten führt, also zu dessen fehlender "Bereitschaft (...) zur Mitarbeit bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen" (Wiese 2001: 228).

3.2 Das Dienstleistungsmodell

Im Dienstleistungsmodell hingegen beschränkt sich die Aufgabe des Arztes darauf, den Patienten über mögliche Therapiemaßnahmen aufzuklären, aus denen der Patient dann eigenverantwortlich wählt. Der Arzt wird somit "zu einem Anbieter medizinischer Leistungen" (Ditz 2006: 176), während dem Patienten die Rolle des Kunden zukommt, der die angebotenen Leistungen nach eigenem Ermessen annehmen oder ablehnen kann. Der Prozess der Informationsvermittlung, für den der Arzt zuständig ist, wird also strikt von dem Prozess der Entscheidungsfindung getrennt, den der Patient übernimmt (Koerfer/Obliers/Köhle 2005: 142). Die Verantwortung für die bezüglich einer bestimmten Therapie- bzw. Behandlungsmaßnahme getroffene Entscheidung liegt dementsprechend ganz auf Seiten des Patienten, während die Rolle des Arztes auf die eines "bloßen Informationsmaklers" (Frosch/Kaplan 1999, zitiert nach Ditz 2006: 177) reduziert wird, der dem Patienten objektive und wissenschaftliche Informationen über mögliche Behandlungsmaßnahmen und -alternativen zukommen lässt.

Das Dienstleistungsmodell ist folglich als extremes Gegenmodell zum Paternalismus zu verstehen, wobei es jedoch kaum auf das gesamte Gesundheitssystem, sondern stets nur selektiv anwendbar ist (vgl. hierzu ausführlicher Koerfer/Obliers/Köhle 2005: 140). Denn zum einen setzt dieses Modell kompetente Patienten voraus, die in der Lage sind, trotz der körperlichen und emotionalen Belastung durch die Krankheit rational abzuwägen, und zum anderen lässt es sich kaum auf alle Erkrankungen und Behandlungsmaßnahmen anwenden. Darüber hinaus birgt das Dienstleistungsmodell die Gefahr einer Gefälligkeitsmedizin, in welcher sich der Arzt mit seinen Angeboten bezüglich der Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nur an der Nachfrage des Patienten orientiert und es somit zu wechselseitiger Manipulation kommen kann, "als deren Resultat wie bei der Werbung die Überredung steht" (Koerfer/Obliers/Köhle 2005: 134 f.).

3.3 Das Kooperationsmodell

Das Kooperationsmodell, auch unter *shared-decision-making* bekannt, kann als Mittelposition zwischen den beiden Extremen, dem therapeutischen Privileg des Arztes, das im Paternalismus eine zentrale Rolle spielt einerseits und der Selbstbestimmung des Patienten, der im Dienstleistungsmodell eine entscheidende Bedeutung zukommt, andererseits gesehen werden. Hier werden die anstehenden therapeutischen Maßnahmen nicht autoritär verordnet oder als medizinische Dienstleistung angeboten, sondern zwischen Arzt und Patient in einem Dialog ausgehandelt. Das Konzept der Aushandlung impliziert dabei eine Ausgangsdifferenz bezüglich des Wissens und der Ansichten von Arzt und Patient, die es im Gespräch durch gegenseitigen Informationsaustausch zu überwinden gilt (vgl. Koerfer/Obliers/Köhle 2005: 136): So verfügt der Arzt als medizi-

nischer Experte über ein umfangreiches medizinisches Fachwissen, doch auch der Patient kann als Experte in Bezug auf sein persönliches Krankheitserleben gesehen werden (vgl. Peräkylä 2002, Peters 2008: 76 ff., Brünner 2009). Im Rahmen des Informationsaustauschs werden nun mögliche Behandlungsmethoden sowohl im Hinblick auf deren medizinische Effektivität und Effizienz als auch hinsichtlich der Präferenzen des Patienten evaluiert. Aufgabe des Arztes ist es dementsprechend, den Patienten über die in seinem Fall in Frage kommenden Behandlungsmethoden aufzuklären, wobei, anders als im Dienstleistungsmodell, auch die Erfahrungen, Ansichten und Bewertungen des Arztes gefragt sind, und, anders als im paternalistischen Modell, auch medizinische Hintergrundinformationen, die dem Patienten die verschiedenen Behandlungsmethoden transparent machen sollen, eine wichtige Rolle spielen. Durch diese Einschätzungen und die medizinische Informationsgebung des Arztes wird der Patient empowered (vgl. Nebling/Fließgarten 2009: 82), also durch das vermittelte Wissen und die vom Arzt geteilten Erfahrungswerte in seiner Entscheidungskompetenz und Autonomie unterstützt und gestärkt. Auf der Basis der Ergebnisse des Aushandlungsprozesses treffen Arzt und Patient schließlich gemeinsam eine Entscheidung über die durchzuführenden therapeutischen Maßnahmen, für die sie gemeinsam die Verantwortung übernehmen. Eine vollständige Übereinstimmung ist hierbei jedoch nicht zwingend erforderlich, sondern lediglich eine Entscheidung, die für beide Parteien akzeptabel und tragbar ist (Koerfer/Obliers/Köhle 2005: 143).4

3.4 Unterschiedliche Partizipationspräferenzen von Patienten: Ärztliche Flexibilität und Modellwechsel

Im modernen Gesundheitswesen ist seit längerer Zeit die Entwicklung von einem paternalistischen Verständnis der Beziehung zwischen Arzt und Patient zu einer gleichberechtigten Zusammenarbeit derselben, wie sie vom Kooperationsmodell vorgesehen
wird, zu beobachten (vgl. Ditz 2006: 175). Wie bereits in der Einleitung aufgezeigt,
belegen zahlreiche Umfragen zu den Partizipationspräferenzen von Patienten deren
Wunsch, von Ärzten an medizinischen Entscheidungen beteiligt zu werden.⁵ Jedoch
kann auf der Grundlage solcher Ergebnisse nicht einfach die universelle Anwendung
des Kooperationsmodells für alle Patienten und in jeder denkbaren Krankheitssituation
empfohlen werden. Vielmehr muss sich die Wahl des Beziehungsmodells zum einen

Es ist jedoch auch im Kooperationsmodell nicht auszuschließen, dass der Aushandlungsprozess und die Suche nach einer beidseitig akzeptierten Entscheidung ergebnislos bleiben, vgl. hierzu Magnus 2012.

So zeigen beispielsweise die Ergebnisse der jährlichen Umfrage "TK-Trendmonitor", die sich an jeweils 2000 Mitglieder der Techniker Krankenkasse und anderer Krankenkassen richtet, dass etwa zwei Drittel der Versicherten gemeinsam mit ihrem Arzt über bevorstehende Behandlungsmaßnahmen entscheiden wollen. Ähnliche Ergebnisse ergab die PIA-Studie im Ruhrgebiet, in der sogar 77 Prozent der Befragten angaben, eine anstehende Entscheidung gemeinsam mit dem behandelnden Arzt treffen zu wollen (vgl. Nebling/Fließgarten 2009: 86-88).

nach der Art, dem Verlauf und der Schwere der Krankheit richten: So bedarf zum Beispiel die Verordnung eines Medikaments gegen eine eher als harmlos einzustufende und in der Regel kurzzeitige Erkrankung wie etwa einen grippalen Infekt zumeist keiner längeren Aushandlungsphase und kann durchaus nach dem Vorbild des paternalistischen Modells durchgeführt werden, während Patienten, die von einer schwerwiegenden Erkrankung wie beispielsweise Brustkrebs betroffen sind, für die es mehrere gegeneinander abzuwägende Behandlungsmethoden (etwa brusterhaltende vs. brustentfernende Verfahren) gibt, sinnvollerweise in den Entscheidungsprozess einbezogen werden sollten. Bei der Wahl des Beziehungsmodells müssen zum anderen natürlich auch die individuellen Bedürfnisse der Patienten berücksichtigt werden, die oft sehr differenziert, teils sogar ambivalent sind und unter anderem nach Alter, Geschlecht und Bildung variieren (vgl. Koerfer/Obliers/Köhle 2005: 150). So sind es beispielsweise oftmals ältere Patienten, die von ihren Ärzten paternalistische Anordnungen erwarten, während jüngere Patienten die Entscheidungen der Ärzte eher hinterfragen und über den Verlauf der Behandlung mitentscheiden wollen (vgl. Nebling/Fließgarten 2009: 88 f.).

Da der Partizipationsbedarf des Patienten auch während des Gesprächs variieren kann, gilt es darüber hinaus, die verschiedenen Modelle bzw. einzelne Komponenten daraus in Bezug auf die situativen Bedürfnisse des jeweiligen Patienten flexibel anzuwenden (Ditz 2006: 175). Dies kann einen Modellwechsel im Verlauf des Gesprächs erfordern, wobei jedoch bestimmte Voraussetzungen zu überprüfen sind: So kann ein im Stil des Paternalismus begonnenes Arzt-Patienten-Gespräch, in welchem dem Patienten bis dato keinerlei weiterführenden Informationen zu seiner gesundheitlichen Situation und den in Frage kommenden Behandlungsmethoden in Form von medizinischem Wissen oder ärztlichen Erfahrungswerten zugekommen sind, nicht einfach nach dem Stil des Kooperationsmodells weitergeführt werden: Denn da die Grundlage einer gemeinsamen Entscheidung der gegenseitige Informationsaustausch ist, ist mit dem Wechsel zum Kooperationsmodell auch die Informationsphase neu zu durchlaufen, um die aus dem paternalistischen Modell resultierenden Informationsdefizite zu kompensieren (Koerfer/Obliers/Köhle 2005: 151).

Das Bedürfnis der Patienten nach Beteiligung muss also im Gespräch erst individuell herausgefunden und mit diesem immer wieder neu abgestimmt werden, wobei "die Kunst der ärztlichen Gesprächsführung im Entscheidungsdialog [...] gerade darin [besteht], den Partizipationsbedarf des Patienten mit einem für ihn tragfähigen Beziehungsmodell zur Passung zu bringen" (Koerfer/Obliers/Köhle 2005: 151).

Der Wunsch des Patienten nach mehr Beteiligung kann sich beispielsweise durch vermehrte Rückfragen oder Rückmeldeaktivitäten bemerkbar machen.

3.5 Abschließende kritische Bemerkung zu den Modellen

Es sei an dieser Stelle jedoch darauf verwiesen, dass die genannten Modelle zwar erfahrungsbasiert, jedoch theoretisch entwickelt wurden und die komplexen Zusammenhänge eines Entscheidungsprozesses im Arzt-Patienten-Gespräch nur vereinfachend repräsentieren können. Darüber hinaus sind die vorgestellten Modelle keinesfalls nur als abstrakte Repräsentationen mit rein deskriptivem Charakter zu verstehen, sondern sie weisen vielmehr auch – und dies gilt insbesondere für das Kooperationsmodell – normative und idealisierende Komponenten auf, weil sie vorrangig Angaben darüber machen, wie Entscheidungsfindungen praktiziert werden *sollen* – und eben nicht primär, wie sie *tatsächlich* praktiziert werden.

Da die Modelle dennoch einen wichtigen Ansatz zur Veranschaulichung der verschiedenen Gestaltungsmöglichkeiten des Entscheidungsfindungsprozesses bieten – was ich an dieser Stelle auch als wichtigen Verdienst der Modelle hervorheben möchte – habe ich mich trotzdem für eine Darstellung der Entscheidungsmodelle als Teil der theoretischen Grundlage dieser Arbeit entschieden. Einen wichtigen Beitrag meiner Untersuchungen sehe ich darin, den Entscheidungsfindungsprozess in Arzt-Patienten-Gesprächen und die Rolle ärztlicher Empfehlungen hierbei auf der Grundlage von tatsächlich stattgefundenen und aufgezeichneten Arzt-Patienten-Gesprächen zu beleuchten. Auf diese Weise soll der Versuch unternommen werden zu zeigen, in welchem Verhältnis die Modelle zur Empirie stehen und welche mit den jeweiligen Modellen verbundenen Annahmen bezüglich eines compliance-fördernden und somit gewinnbringenden Entscheidungsprozesses haltbar sind bzw. welche überdacht oder sogar revidiert werden müssen.

Die in der Wirklichkeit ablaufenden Prozesse nur vereinfacht wiedergeben zu können, ist ein allgemeines Merkmal aller Modelle, vgl. hierzu Stachowiak 1973: 131-133.

4. ANNÄHERUNG AN DEN UNTERSUCHUNGSGEGENSTAND

Wie in der Einleitung bereits aufgezeigt wurde, spielen Empfehlungen eine zentrale Rolle bei dem Entscheidungsprozess im Arzt-Patienten-Gespräch. Doch wodurch zeichnen sich Empfehlungen aus, was sind ihre Merkmale und Eigenschaften und wie lassen sich Empfehlungen näher definieren? Im Sinne einer Annäherung an ärztliche Empfehlungen als Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit möchte ich nach einem kurzen Überblick über den bisherigen Forschungsstand zu ärztlichen Empfehlungen deshalb zunächst zeigen, wodurch sich Empfehlungen generell von ähnlichen bzw. verwandten Sprachhandlungen unterscheiden. Auf der Grundlage der auf diese Weise herausgearbeiteten Merkmale und Charakteristika soll dann eine Definition von Empfehlungen gegeben werden, die es anschließend hinsichtlich ärztlicher Empfehlungen zu spezifizieren gilt.

4.1 Bisheriger Forschungsstand

Die Rolle ärztlicher Empfehlungen in Arzt-Patienten-Gesprächen ist in der Forschung bisher wenig berücksichtigt worden: So gibt es hierzu nur einige wenige Arbeiten aus dem angloamerikanischen Raum, die sich aber vor allen mit den Voraussetzungen für Empfehlungen sowie den Reaktionen von Patienten auf Empfehlungen beschäftigen, weniger jedoch mit ärztlichen Empfehlungen als solchen.

Roberts (1999)⁸ beispielsweise konzentriert sich in ihren Untersuchungen zu Empfehlungen im Rahmen von onkologischen Therapieplanungsgesprächen vor allem auf die sequentiellen Voraussetzungen von Empfehlungen: So beleuchtet sie die Beziehung zwischen Arzt und Patient, die während der Phase der Aufklärung über die Behandlungsmethoden etabliert wird, sowie die aktive Gestaltung der Teilnehmerrollen und zeigt, wie im Verlauf des Gesprächs durch eine aktive Beziehungsgestaltung von Arzt und Patient gemeinsam die Grundlage für eine Empfehlung geschaffen wird.

Auch Costello und Roberts (2001) beschäftigen sich mit den Voraussetzungen ärztlicher Empfehlungen, die sie als gemeinsame Hervorbringung von Arzt und Patient verstehen. Als Faktoren, die einen Einfluss auf ärztliche Empfehlungen haben, nennen sie zum einen das medizinische Fachwissen des Arztes, aber auch – und in ganz besonderer Weise – die Erwartungen des Arztes bezüglich der Wünsche des Patienten und schließlich die Präferenzen des Patienten selbst. Die Voraussetzung, um solche Erwartungen und Wünsche im Gespräch einzubringen, ist wiederum, so Costello und Roberts, die zuvor etablierte Beziehung zwischen Arzt und Patient.

Stivers (2005a, b) hingegen untersucht, warum Eltern in pädiatrischen Sprechstunden bestimmte Empfehlungen von Ärzten zurückweisen und kommt zu dem Ergebnis, dass Empfehlungen dann als unzureichend empfunden werden, wenn in diesen entweder

Bei Roberts (1999) handelt es sich um die einzige Monographie zu ärztlichen Empfehlungen, während die anderen hier vorgestellten Arbeiten Aufsätze aus Sammelbänden oder Zeitschriften sind.

keine konkreten Angaben zu nächsten Behandlungsschritten gemacht werden, wenn die Empfehlungen zu unspezifisch sind oder wenn die Eltern das Gefühl haben, dass das medizinische Problem ihres Kindes durch die Empfehlung "verharmlost" wird.

Quill und Brody (1996) schließlich untersuchen die Rolle von Empfehlungen im Kontext der Entwicklungen im Gesundheitswesen weg von einem paternalistischen Verständnis der Beziehung zwischen Arzt und Patient hin zur Stärkung der Selbstbestimmtheit und Autonomie des Patienten. Auf diese Beobachtungen soll in Kapitel 5 dieser Arbeit vertiefend eingegangen werden.

Aus dem deutschsprachigen Raum liegen meiner Kenntnis nach indes bisher keine Arbeiten zu ärztlichen Empfehlungen vor – weder aus dem gesprächs- bzw. konversationsanalytischen Bereich, noch aus anderen Disziplinen.⁹

4.2 Empfehlungen und verwandte Sprechhandlungen

Da Empfehlungen nicht nur im Rahmen medizinischer Kommunikation, sondern auch als Sprechhandlung¹⁰ generell bisher kaum in den Fokus sprachwissenschaftlicher Untersuchungen gerückt sind, möchte ich im Folgenden zunächst den Versuch unternehmen, diese allgemein zu charakterisieren. Hierfür sollen Empfehlungen ähnlichen, verwandten' Sprechhandlungen gegenübergestellt werden, um auf diese Weise deren besondere Merkmale herauszuarbeiten, die dann in einem zweiten Schritt (Kap. 4.3) auf Empfehlungen im medizinischen Kontext übertragen werden sollen.

Um Empfehlungen von mit ihnen verwandten Sprechhandlungen abgrenzen zu können, soll an dieser Stelle ein kleiner Exkurs in die Korpuslinguistik unternommen werden, um solche verwandten Sprechhandlungen auf empirischer Basis zu ermitteln und anschließend hinsichtlich ihrer Verwendungskontexte zu untersuchen.

Hierfür wurden mithilfe der Kookkurrenzdatenbank CCDB¹¹ (Belica 2011) zunächst Wörter mit ähnlichen Kookkurrenzprofilen ermittelt. Dieses Vorgehen beruht auf der Prämisse, dass Wörter einander ähnlich sind, wenn sich ihre Kookkurrenzprofile ähneln

.

An dieser Stelle sei jedoch auf Peters (2015) verwiesen, der sich mit der therapeutischen Entscheidungsfindung in Gesprächssimulationen mit Medizinstudierenden beschäftigt und in diesem Rahmen auch auf Empfehlungen eingeht. Da diese Arbeit jedoch erst nach der Fertigstellung meiner Untersuchung veröffentlicht wurde, wird in dieser Arbeit darauf leider nicht weiter eingegangen.

In den folgenden Ausführung wird der Terminus *Sprechakt* bewusst vermieden und durch den Terminus *Sprechhandlung* ersetzt, da diese Arbeit nicht im Paradigma der Sprechakttheorie verortet werden soll. Zu den mit der Anwendung der Sprechakttheorie verbundenen Schwierigkeiten (bspw. deren Satzverhaftetheit) vgl. Meibauer (2005: 93 f.) sowie Staffeldt (2009: 128 ff.).

Die CCDB ist eine "korpuslinguistische Denk- und Experimentierplattform für die Erforschung und theoretische Begründung von systemisch-strukturellen Eigenschaften von Kohäsionsrelationen zwischen den Konstituenten des Sprachgebrauchs" (Belica 2011). Grundlage ist ein aus ca. 2,2 Milliarden laufenden Textwörtern bestehendes Teilkorpus des Deutschen Referenzkorpus.

(Perkuhn/Keibel/Kupietz 2012: 128). Abbildung 1 zeigt eine Auswahl¹² der auf diese Weise ermittelten Wörter, von denen es nun gilt, Empfehlungen hinreichend abzugrenzen.



Abb. 1: Empfehlungen und verwandte Sprechhandlungen

Die Abgrenzung von Empfehlungen von den Sprechhandlungen 'Aufforderung' und 'Anweisung' scheint auf der Hand zu liegen: Im Gegensatz zu solch direktiven Handlungen sind Empfehlungen in jedem Fall als non-direktiver einzustufen, da durch sie kein expliziter Auftrag an den Rezipienten ergeht, der genau befolgt werden muss, wie dies bei Anweisungen und Aufforderungen der Fall ist. Dies sei anhand der folgenden beiden Beispiele verdeutlicht, die einer Korpusrecherche innerhalb des deutschen Referenzkorpus (DEREKO) entstammen, welche mithilfe des Korpusrecherche- und -analysesystems COSMAS II durchgeführt wurde: ¹³

Der Auswahl lag dabei als primäres Ziel zugrunde, durch die Abgrenzung zu einer Begriffsbestimmung von Empfehlungen zu gelangen.

Das Deutsche Referenzkorpus ist mit 6,3 Milliarden Wörtern die weltweit größte Sammlung deutschsprachiger Korpora der geschriebenen Gegenwartssprache (http://www1.idsmannheim. de/kl/projekte/korpora/, zuletzt aufgerufen am 30.10.2014). Durchgeführt wurden die Recherchen mit folgenden Versionen: DEREKO-2013-II, Archiv W-öffentlich - alle öffentlichen Korpora des Archivs W (mit Neuakquisitionen) und COSMAS II web, Version 1.8.

Zum Unfall kam es in der Nacht auf Freitag, kurz nach Mitternacht, als der 52-Jährige auf *Anweisung* seines Navigationsgeräts den Wagen auf dem Autobahnzubringer wendete. (St. Galler Tagblatt, 18.05.2013)

Marie Weber verteilte für amnesty international Postkarten mit der *Aufforderung* an Präsident Bush, sich klar gegen Menschenrechtsverletzungen sowohl durch Israelis als auch durch Palästinenser auszusprechen und internationale Beobachter in der Nahost-Krisenregion einzusetzen. (Rhein-Zeitung, 23.05.2002)

In beiden Beispielen lassen sich die Ausdrücke *Anweisung* bzw. *Aufforderung* keinesfalls durch *Empfehlung* ersetzen, vielmehr werden hier von den jeweiligen Rezipienten konkrete Handlungen eingefordert, während sich Empfehlungen, wie unten gezeigt werden soll, viel eher als Nahelegen einer Handlungsoption beschreiben lassen.

"Enger verwandt" scheinen Empfehlungen vielmehr mit Sprechhandlungen wie "Stellungnahmen" und "Einschätzungen" zu sein. Bei genauerer Betrachtung lassen sich jedoch auch diese hinreichend von Empfehlungen abgrenzen: Denn mit Stellungnahmen und Einschätzungen müssen nicht zwangsläufig (explizite) Handlungsoptionen vorgetragen werden, d. h, man kann zu einem Sachverhalt bzw. einer Situation Stellung nehmen oder eine Einschätzung aussprechen, ohne dem Gesprächspartner dabei eine bestimmte Handlung nahezulegen, wie auch die folgenden Beispiele aus dem deutschen Referenzkorpus zeigen:

Das Kunsthaus Bregenz widmet seine Sommerausstellung dem Thema "Lifestyle" und zeigt Kunst, die sich in den Grenzbereichen von Mode, Design, Styling, Interieur und Werbung bewegt. Zahlreiche internationale Künstler [...] haben zum Thema Lifestyle *Stellung genommen*. Die Ausstellung wird heute, 20 Uhr, eröffnet und ist bis 20. September zu besichtigen. (Vorarlberger Nachrichten, 10.07.1998)

Meiner *Einschätzung* nach müsste drei Monate vor einem Juli und einem August mit etwa um die 40 Grad ein April mit etwa 15 Grad mindestens vorausgegangen sein, im Monatsdurchschnitt. (Wikipedia-Diskussion zum Eintrag Bundesautobahn, Archiv/2008)

Mir scheinen jedoch gerade die Handlungsoptionen der entscheidende Punkt bei Empfehlungen zu sein: Auch wenn es sich dabei, wie oben gezeigt wurde, nicht um genau zu befolgende Aufträge handelt, so fungieren Empfehlungen doch immer auf irgendeine Art und Weise als Hinweis auf eine Handlungsoption, die dem Gesprächspartner nahegelegt bzw. von der ihm abgeraten werden soll.

Auch die Sprechhandlung 'Vorschlag' ist einer Empfehlung auf den ersten Blick sehr ähnlich. Hier erscheint mir das wichtigste Abgrenzungskriterium die Kompetenz bzw. die epistemische Autorität dessen, der die Empfehlung ausspricht, zu sein. ¹⁴ So impliziert eine Empfehlung in der Regel einen Wissensvorsprung, wobei hiermit wiederum

¹⁴ Ich danke Thomas Spranz-Fogasy für diesen wichtigen Hinweis.

oft auch eine Asymmetrie der Interaktionspartner verbunden ist. Denn während Vorschläge vor allem symmetrische Dialoge mit gleichberechtigten Interaktionspartnern indizieren, sind Empfehlungen oftmals ein Bestandteil asymmetrischer Dialoge, die wiederum charakteristisch für institutionelle Kontexte sind und in denen in erster Linie die hierarchisch übergeordnete Person befugt ist, Empfehlungen auszusprechen. ¹⁵ So verhält man sich beispielsweise sicherlich angemessener, wenn man seinem Vorgesetzten eine Gehaltserhöhung *vorschlägt*, anstatt ihm selbige zu *empfehlen*.

Eine Kookkurrenzanalyse¹⁶ der Lexeme *Empfehlung* bzw. *empfehlen*, die wieder mithilfe von COSMAS II anhand des Deutschen Referenzkorpus durchgeführt wurde, unterstreicht dieses Charakteristikum von Empfehlungen:¹⁷ So indizieren diese – im Gegensatz zu Vorschlägen – zumeist institutionelle Kontexte, was sich anhand von Kookkurrenzpartnern wie *Finanzkommission, Eingabenausschuss* oder *Wissenschaftsrat* zeigt.¹⁸ Der institutionelle Kontext wird darüber hinaus auch dadurch deutlich, dass die Lexeme *Empfehlung* bzw. *empfehlen* in Textsorten wie Plenarprotokollen und Berichten (Finanzberichten, Unternehmensberichten etc.) besonders frequent vertreten sind – Textsorten also, die ebenfalls institutionelle Kontexte indizieren. Die Lexeme *Vorschlag* bzw. *vorschlagen* hingegen zeigen ein sehr gemischtes Bild von Kookkurrenzpartnern (*unterbreiten, aufführen, Ideen, Anregungen...*), das keine solch eindeutigen Schlüsse auf institutionelle Kontexte zulässt.

Als Ergebnis der korpuslinguistischen Auseinandersetzung mit Empfehlungen und ähnlichen Sprechhandlungen kann hier also festgehalten werden, dass es sich bei Empfehlungen zwar um keine genau zu befolgenden Aufträge handelt, Empfehlungen jedoch immer auf irgendeine Art und Weise als Hinweise auf eine Handlungsoption fungieren, die dem Gesprächspartner nahegelegt oder von der ihm abgeraten werden soll. Mit Empfehlungen können persönliche Einschätzungen, Bewertungen und Beurteilungen eines Sachverhalts bzw. einer Situation zum Ausdruck gebracht werden, die aber immer

Dass Empfehlungen keine Handlungsanweisungen sind und dennoch typischerweise in asymmetrischen Kontexten auftreten, scheint mir ein wichtiges und besonderes Merkmal von Empfehlungen zu sein. Hierauf soll im Rahmen der Analysen (Kap. 7) nochmals genauer eingegangen werden.

Die Kookkurrenzanalyse ist ein Verfahren, das bewertet, ob die Häufigkeit einer sprachlichen Einheit in einer Bezugsmenge dem entspricht, was man erwarten darf, oder "ob wir nicht doch überzufällig viele Ereignisse beobachten, die für eine Assoziation der Einheit mit einer Eigenschaft der Menge sprechen" (Perkuhn/Keibel/Kupietz 2012: 113). Auf diese Weise werden signifikante Regelmäßigkeiten bei der Verwendung von Wortkombinationen aufgedeckt.

An dieser Stelle möchte ich jedoch darauf hinweisen, dass Empfehlungen sich nicht zwangsläufig durch die Lexeme *Empfehlung* bzw. *empfehlen* ausmachen lassen. Wie auch die Analysen in Kapitel 7 zeigen, werden Empfehlungen vielmehr oft auch ohne Rückgriff auf diese Lexeme ausgesprochen.

Eine Liste der Kookkurrenzpartner der Lexeme *Empfehlung* bzw. *empfehlen* sowie die Ergebnisse der Textsortenanalyse findet sich im Anhang dieser Arbeit (Kap. 10.2). Gleiches gilt für die Ergebnisse der Kookkurrenz- und Textsortenanalyse zu den Lexemen *Vorschlag* bzw. *vorschlagen*.

auch eine Handlungsoption implizieren, indem sie dem Interaktionspartner aufzeigen, wie er sich bezüglich eines Sachverhalts bzw. einer Situation verhalten soll. Empfehlungen verweisen auf die epistemische Autorität des Sprechers und treten oft in institutionellen Kontexten auf, wo sie eine asymmetrische Beziehung der Interaktionspartner indizieren können. Diese asymmetrische Beziehung lässt sich dementsprechend wiederum auf das für asymmetrische Dialoge charakteristische Wissensgefälle (vgl. Brünner 2009) zwischen dem, der die Empfehlung ausspricht und dem, an den die Empfehlung gerichtet ist, zurückführen.

4.3 Ärztliche Empfehlungen: Eine Arbeitsdefinition

Unter Einbeziehung der soeben herausgearbeiteten Merkmale von Empfehlungen im Allgemeinen möchte ich im Folgenden abschließend eine Arbeitsdefinition von ärztlichen Empfehlungen, also von Empfehlungen, die Ärzte an Patienten richten, geben:

Ärztliche Empfehlungen werden verstanden als persönliche und fachliche Einschätzungen, Beurteilungen und Bewertungen bezüglich verschiedener therapeutischer Maßnahmen, durch welche die Ärzte als medizinische Experten den Patienten eine solche Maßnahme nahelegen bzw. von dieser abraten. Ärztliche Empfehlungen beinhalten in der Regel die Favorisierung einer Behandlungsmethode, können sich aber auch auf den Zeitpunkt des Therapiebeginns, die Planung der nächsten Behandlungsschritte oder die grundsätzliche Frage, ob überhaupt eine Therapie eingeleitet werden soll, beziehen.¹⁹

Diese Arbeitsdefinition möchte ich meinen Untersuchungen zugrunde legen. Allerdings sei an dieser Stelle darauf verwiesen, dass es sich hierbei tatsächlich lediglich um eine "Definition zum Arbeiten" mit dem vorrangigen Ziel, den Untersuchungsgegenstand hinreichend abzugrenzen, handelt. Deshalb gilt es unter Umständen, diese Begriffsbestimmung auf der Grundlage der Ergebnisse der empirischen Analysen zu modifizieren. Bevor jedoch zum analytischen Teil dieser Arbeit übergegangen werden kann, sei zunächst auf die Problematik von ärztlichen Empfehlungen hingewiesen, die sich in einem Spannungsfeld von ärztlicher Fürsorgepflicht und Patientenautonomie verorten lassen.

Die Definition zielt offensichtlich vor allem auf Empfehlungen ab, die im Rahmen des Therapieplanungsprozesses von Ärzten gegeben werden. Dies ist jedoch meines Erachtens auch die Phase, in der Empfehlungen in Arzt-Patienten-Gesprächen zumeist generell zu verorten sind.

5. ÄRZTLICHE EMPFEHLUNGEN IM SPANNUNGSFELD VON ÄRZT-LICHER FÜRSORGEPFLICHT UND PATIENTENAUTONOMIE

Patients faced with serious medical decisions are subject to being over- or under-influenced by physicians. (Quill/Brody 1996: 763)

Wie bereits aufgezeigt wurde, wird die Forderung nach einem selbstbestimmten und autonomen Patienten im modernen Gesundheitswesen immer lauter (vgl. etwa Ditz 2006: 175, Quill/Brody 1996: 763). Diesbezüglich stellt sich auch die Frage nach der Rolle und dem Aufgabenbereich des Arztes neu: Wenn postuliert wird, dass nicht länger davon ausgegangen werden könne, dass der Arzt am besten wisse, was gut und was richtig für den Patienten sei, sondern vielmehr der Patient selbst (vgl. Leibl 2001: 1), welcher Stellenwert kann oder soll dann noch der ärztlichen Fürsorgepflicht zugeschrieben werden? Welche Rolle spielt das Fachwissen, die Expertise und das Erfahrungswissen des Arztes, und welche Rolle die Wünsche und Wertvorstellungen des Patienten, wenn es darum geht, eine medizinische Entscheidung zu treffen?

Vor dem Hintergrund dieses Spannungsfelds möchte ich im Folgenden auch den Stellenwert ärztlicher Empfehlungen diskutieren. Hierfür sollen zunächst auf die ärztliche Fürsorgepflicht und die Autonomie des Patienten als zentrale ethisch-rechtliche Prinzipien eingegangen werden, die, wie sich in den Analysen der Therapieplanungsgespräche zeigen soll, auch im Hinblick auf die Formulierung ärztlicher Empfehlungen wirksam sind. Dabei möchte ich insbesondere den Fall des Vorliegens mehrerer gleichwertiger Behandlungsmethoden beleuchten, da sich die Problematik ärztlicher Empfehlungen hier in besonderer Weise herauskristallisiert.

5.1 Die ärztliche Fürsorgepflicht - Handeln zum Wohl des Patienten

Meine Verordnungen werde ich treffen zum Nutz und Frommen der Kranken, nach bestem Vermögen und Urteil; ich werde sie bewahren vor Schaden und willkürlichem Unrecht. (Auszug aus dem Eid des Hippokrates, zitiert nach Pschyrembel 2014: 892)

Die Fürsorgepflicht des Arztes als fundamentales ethisches Prinzip spielt bereits in dem Eid des griechischen Arztes Hippokrates von Kos (um 460 bis 370 v. Chr.) eine zentrale Rolle. Hierauf beruht bis heute das Verständnis ärztlicher Fürsorgepflicht: So sieht auch das gesundheitspolitische Programm der Ärzteschaft den Arzt aufgrund seines beruflichen Standes im Sinne der Hilfs- und Behandlungsbereitschaft zu einem Handeln verpflichtet, "das am Wohle des Patienten, der Erhaltung und Wiederherstellung seiner Gesundheit und der Linderung von Schmerzen und Leiden ausgerichtet ist" (Gesundheitspolitisches Programm der Ärzteschaft 1994: 19, im Folgenden mit *GPdÄ* abgekürzt). Gemäß diesem Verständnis von ärztlicher Fürsorgepflicht als Sorge um das Wohlergehen des Patienten (vgl. Magnus 2012: 919) hat der Arzt sein fachliches Wissen, seine Fähigkeiten und seine Erfahrungen in den Dienst der Gesundheit seiner Pati-

enten zu stellen, wobei diesbezügliche Entscheidungen stets unabhängig und "frei von persönlichem Gewinnstreben nach dem Gebot der Menschlichkeit sowie nach bestem ärztlichen Wissen und Gewissen getroffen werden müssen" (GPdÄ 1994: 19). Die Sorge um die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit des Patienten ist auch als oberstes Gebot ärztlichen Handelns im Berufsrecht, in der Bundesärzteordnung und in der Berufsordnung für Ärzte, verankert: So lautet etwa der erste Paragraph der Bundesärzteordnung, der sich mit dem Berufsbild des Arztes befasst: "Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes"; ähnlich wird dies in der Berufsordnung für Ärzte formuliert.²⁰

5.2 Die Autonomie des Patienten als medizinethisches und rechtliches Prinzip

Während im hippokratischen Eid lediglich die ethischen Prinzipien beneficence und nonmaleficence, also die vom Arzt anzustrebende Fürsorge und Schadensvermeidung thematisiert werden, wird darin auf den Willen bzw. die Wünsche des Patienten hinsichtlich seiner Behandlung kein Bezug genommen. Jedoch gewinnt neben der Pflicht des Arztes, Sorge für die Gesundheit des Patienten zu tragen, der Wille des Patienten als maßgebliche Einflussgröße bei medizinischen Entscheidungen im modernen Gesundheitswesen an immer größerer Bedeutung (vgl. Geisler 2004, Kreß 2010, Katzenmeier 2012, Magnus 2012). Gestützt durch die These, dass nicht immer davon ausgegangen werden könne, dass allein der Arzt wisse, was gut und was richtig für den Patienten ist, sondern dass das Wohlergehen des Patienten vielmehr auch abhängig von dessen Werten und Wünschen sei (vgl. Leibl 2001: 1), wurde die Autonomie des Patienten zum zentralen Thema des medizinethischen Diskurses. Dementsprechend soll nicht länger lediglich das Wohl des Patienten das höchste Gesetz für ärztliches Handeln sein, sondern vielmehr das Wohl, wie es sich aus dem Willen des Patienten heraus ergibt (Kreß 2010: 2).

Die medizinethischen Diskurse zeigen auch in rechtlicher Hinsicht Resonanz: So wird das Prinzip der Autonomie des Patienten in der Rechtsprechung als Ableitung des Persönlichkeitsrechts des Menschen anerkannt und hochgehalten, das sich wiederum auf den ersten Absatz des ersten Artikels in Verbindung mit dem ersten Absatz des zweiten Artikels des Grundgesetzes gründet (GPdÄ 1994: 19, vgl. hierzu auch Kreß 2010: 2).²¹ Infolgedessen wird Patienten das Recht darauf eingeräumt, "über jegliche diagnostischen, therapeutischen oder der Forschung dienenden Eingriffe durch Zustimmung oder Ablehnung selbst zu bestimmen" (Schöne-Seifert 2008: 39).

Dort heißt es in § 1 (Aufgaben der Ärztinnen und Ärzte): "Ärztinnen und Ärzte dienen der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung."

Artikel 1, Absatz 1: "Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt."
Artikel 2, Absatz 1: "Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt."

5.3 Ärztliche Fürsorgepflicht und Patientenautonomie im Konflikt

Die Autonomie des Patienten und die ärztliche Fürsorgepflicht werden oftmals als konträre und sich gegenseitig einschränkende Konzepte verstanden (vgl. etwa Magnus 2010, Kreß 2012). Tatsächlich können diese in Konflikt zueinander geraten, etwa, wenn der Patient einen Wunsch nach einer medizinischen Maßnahme äußert, die der Arzt nicht verantworten kann, oder wenn der Patient eine Maßnahme ablehnt, die der Arzt für erforderlich hält. Die Autonomie des Patienten und die Fürsorgepflicht des Arztes sind jedoch nicht zwangsläufig als Gegensätze zu verstehen. So argumentiert beispielsweise Leibl (2001: 2), dass die Selbstbestimmung des Patienten erst durch die ärztliche Fürsorgepflicht ermöglicht werde, denn ebenso, wie auch ein Kind zunächst die Fürsorge seiner Eltern brauche, um selbstbestimmt zu handeln, solle es auch "Aufgabe und Ethos ärztlicher Fürsorge sein zu helfen, Patientenautonomie zu ermöglichen"

Auch hinsichtlich der Beurteilung ärztlicher Empfehlungen gilt es, das Verhältnis von ärztlicher Fürsorgepflicht und Patientenautonomie neu zu hinterfragen: So kann zwar einerseits postuliert werden, dass der Arzt den Patienten auf diese Weise übermäßig beeinflusse, dessen Selbstbestimmtheit und Autonomie gefährde und so eine freie und unabhängige Entscheidung verhindere. Auf der anderen Seite würde ein Verzicht auf die Empfehlungen des Arztes aber immer auch ein Stück weit Verzicht auf dessen Expertise und Erfahrungswissen und somit letztendlich eine Einschränkung von dessen Fürsorgepflicht bedeuten.

Die Spannung zwischen ärztlicher Fürsorgepflicht und der Autonomie des Patienten, die sich in besonderer Weise in der Bewertung ärztlicher Empfehlungen manifestiert, spiegelt sich auch in den oben dargelegten Arbeiten zu den Entscheidungsmodellen in der Medizin wider (vgl. Kap. 3): Während Ärzte im Sinne des paternalistischen Modells, das die Entscheidung über Behandlung und Therapie allein auf Seiten des Arztes sieht, viel eher Anweisungen statt Empfehlungen aussprechen, spielen Empfehlungen auch im Dienstleistungsmodell, das eine objektive Informationsvermittlung durch den Arzt vorsieht, keine große Rolle. Im Kooperationsmodell hingegen sind Empfehlungen ein wichtiger Bestandteil des gegenseitigen Informationsaustauschs, der wiederum die Basis einer gemeinsamen Entscheidungsfindung darstellt.

5.4 Ärztliche Empfehlungen im Fall des Vorliegens gleichwertiger Behandlungsalternativen

Die Problematik ärztlicher Empfehlungen – den Patienten hierdurch einerseits zu sehr zu beeinflussen und somit seine Autonomie zu gefährden, diesem aber andererseits durch das Zurückhalten von Empfehlungen fundierte Einschätzungen und wichtige Abwägungen vorzuenthalten – manifestiert sich insbesondere in Fällen, in denen mehrere Behandlungsmethoden vorliegen, die medizinisch gleichermaßen indiziert sind, also

gleiche Erfolge versprechen und sich lediglich in Bezug auf die Behandlungsabläufe und -umstände sowie die damit verbundenen Risiken unterscheiden.

Besteht für den Patienten eine solche "echte Wahlmöglichkeit" (Katzenmeier 2010: 112), so ist der Arzt aufgrund des Selbstbestimmungsrechts des Patienten dazu verpflichtet, diesem objektiv und umfassend Auskunft über die vorliegenden Behandlungsalternativen zu geben. Dieser Grundsatz ist auch rechtlich festgehalten, und so heißt es etwa in dem Praxishandbuch *Arztrecht* von Ries et al. (2012: 218):

Eine Aufklärungspflicht über Behandlungsalternativen besteht [...] dann, wenn die andere, medizinisch ebenfalls indizierte Methode unterschiedliche Risiken in sich birgt. In diesem Falle muss dem Patienten durch eine entsprechende Aufklärung die Möglichkeit eröffnet werden, selbst zu entscheiden, welchen Weg er im Weiteren beschreiten möchte.

Wenn aus medizinischer Sicht nichts für oder gegen den Vorzug einer bestimmten Behandlungsmethode spricht, gilt es demnach, diesbezügliche Bedürfnisse und Wünsche des Patienten vorrangig zu beachten und dessen Beeinflussung zu vermeiden. Dies soll es dem Patienten ermöglichen, die Risiken und Chancen aller für seinen Fall in Frage kommenden Behandlungsmaßnahmen mit seinen eigenen Präferenzen abzuwägen und eine informierte und selbstbestimmte Entscheidung zu treffen (vgl. Laufs 2010: 727).

Was in theoretischer Hinsicht nun zwar sehr plausibel erscheinen mag, muss im Hinblick auf die empirische Gesprächsrealität jedoch in Frage gestellt werden: Denn wie sich in den nachfolgenden Analysen zeigen wird, scheint es vielen Patienten auf der Grundlage einer objektiven Darstellung der in Frage kommenden Behandlungsmöglichkeiten seitens des Arztes schwer zu fallen, alleine über eine bevorstehende Therapie zu entscheiden. So werden in einer Vielzahl der untersuchten Gespräche ärztliche Empfehlungen seitens der Patienten eingefordert – und somit eine Handlung des Arztes erbeten, die dieser eigentlich zu vermeiden sucht, um eine autonome Entscheidung des Patienten gewährleisten zu können.

Anhand der folgenden Analysen möchte ich deshalb zeigen, dass ärztliche Empfehlungen sowohl für Patienten als auch für die Ärzte selbst eine wichtige und auch erwünschte Handlung in nephrologischen Therapieplanungsgesprächen sind. Es soll dafür plädiert werden, dass Ärzte ihre Empfehlungen nicht zurückhalten müssen, sondern dass diese ein wichtiger Bestandteil von Therapieplanungsgesprächen sind. Unter Berücksichtigung des Spannungsfelds von ärztlicher Fürsorgepflicht und der Autonomie des Patienten möchte ich deshalb herausarbeiten, auf welche Weise Ärzte Empfehlungen in Therapieplanungsgesprächen einbringen, positionieren und formulieren können, ohne den Patienten dadurch in seiner Autonomie einzuschränken.

6. THERAPIEPLANUNGSGESPRÄCHE IN DER NEPHROLOGIE

Um in den Gesprächstyp "nephrologisches Therapieplanungsgespräch" einzuführen und auf diese Weise auf die nachfolgenden Analysen vorzubereiten, möchte im Folgenden zunächst auf der Grundlage eines Handlungsschemas²² die Inhalte und Aufgaben solcher Gespräche vorstellen. Anschließend sollen die wichtigsten Entscheidungen, die es in diesen Gesprächen zu treffen gilt, dargestellt sowie ein Überblick über das dieser Arbeit zugrundeliegende Korpus gegeben werden.

6.1 Inhalte und Aufgaben nephrologischer Therapieplanungsgespräche

Therapieplanungsgespräche in der Nephrologie sind Gespräche, in denen Ärzte die Patienten über eine bevorstehende Therapie mittels Dialyse aufklären und mit ihnen die nächsten Schritte der Behandlung besprechen. Dies betrifft Patienten, die an einem chronischen Nierenversagen leiden, das in der Regel zu einem endgültigen Nierenversagen, einer terminalen Niereninsuffizienz, führt. Die Dialyse als Nierenersatzverfahren übernimmt in solchen Fällen die wichtige Funktion der Niere, den Körper des Patienten von harnpflichtigen Substanzen und überflüssigem Wasser zu befreien.

Die Aufgabenstruktur eines nephrologischen Therapieplanungsgesprächs lässt sich indes anhand des folgenden Handlungsschemas darstellen, das auf der Basis der für diese Arbeit erhobenen Gespräche erarbeitet wurde:

Zum Konzepts des Handlungsschemas vgl. Fiehler 1990, Spiegel/Spranz-Fogasy 2001 sowie Nowak/Spranz-Fogasy 2008.

Weltweit sind derzeit etwa 2,7 Millionen Menschen von einer chronischen Niereninsuffizienz betroffen, 1,9 Millionen von ihnen sind an der Dialyse, davon rund 100.000 in Deutschland (Erhebung der Nierenpatientenorganisation CEAPIR 2012). Auf Patienten, die aufgrund eines akuten Nierenversagens eine Dialysetherapie benötigen, wird in den folgenden Ausführungen nicht weiter eingegangen, da in solchen Fällen zumeist keine Zeit für ein Therapieplanungsgespräch bleibt.

- (1) Begrüßung
- (2) Darstellung der Notwendigkeit einer Dialysetherapie
 - Thematisierung der schlechten Nierenfunktion des Patienten
 - Vorstellung der Dialyse als Nierenersatzverfahren
- (3) Vorstellung und Besprechung der Therapiemöglichkeiten
 - Vorstellung der verschiedenen Dialyseverfahren
 (Wirkweise, Abläufe, Vor- und Nachteile, Vorbereitungsmaßnahmen)
 - Klärung der Voraussetzungen für die Verfahren
 - Empfehlung eines Verfahrens
 - (Entscheidung für eines der Verfahren)
- (4) Besprechung der weiteren Vorgehensweise
 - Besprechung der Vorbereitungsmaßnahmen für das gewählte Dialyseverfahren und/oder
 - Vereinbarung eines weiteren Gesprächstermins
- (5) Gesprächsbeendigung und Verabschiedung

Abb. 2: Handlungsschema eines nephrologischen Therapieplanungsgesprächs

Nach der Begrüßungssequenz (1) macht der gesprächsführende Arzt den Patienten zunächst darauf aufmerksam, dass aufgrund von dessen schlechter Nierenfunktion, die wiederum anhand verschiedener Messwerte aus Blut und Urin erkennbar ist, eine Therapie mittels Dialyse in absehbarer Zeit erforderlich sein wird (2). Die meisten Patienten werden jedoch bereits von ihrem jeweiligen Hausarzt über ihre schlechten Nierenwerte in Kenntnis gesetzt, so dass eine entsprechende Diagnosemitteilung zumeist entfällt. Worüber die Patienten von ihren Hausärzten in der Regel nicht (ausführlich) aufgeklärt werden, sind die therapeutischen Konsequenzen einer Niereninsuffizienz, inhaltlicher Schwerpunkt eines Dialysegesprächs ist deshalb in erster Linie die Vorstellung und Besprechung der Therapiemöglichkeiten, die für den Patienten jeweils in Frage kommen (3). Diesbezüglich müssen verschiedene Voraussetzungen geklärt und Entscheidungen getroffen werden, auf die ich in Kapitel 6.2 genauer eingehe. In dieser Gesprächsphase spielen auch die Empfehlungen eine zentrale Rolle, wobei es hier zu erwähnen gilt, dass

diese kein obligatorischer Bestandteil von nephrologischen Therapieplanungsgesprächen sind, in neun von elf untersuchten Gesprächen aber eine zentrale Rolle spielen. Ebenso nicht obligatorisch ist die Entscheidung für eines der besprochenen Therapieverfahren, die oft nicht in dem Gespräch selbst, sondern zu einem späteren Zeitpunkt getroffen wird. Im Anschluss an diese dritte Gesprächsphase klären Arzt und Patient die weitere Vorgehensweise und die nächsten Behandlungsschritte, beispielsweise werden hier etwaige Vorbereitungsmaßnahmen für das gewählte Dialyseverfahren besprochen oder ein weitere Gesprächstermin vereinbart (4). Abschließend erfolgt die Beendigung des Gesprächs bzw. die Verabschiedung (5).²⁴

6.2 Entscheidungen über Behandlungsoptionen

Kommt es zu einem Versagen der Niere, gilt es, im nephrologischen Therapieplanungsgespräch über verschiedene Aspekte in Bezug auf die bevorstehende Nierenersatztherapie zu entscheiden:

Zum einen muss eine grundlegende Entscheidung bezüglich der Art des Therapieverfahrens bzw. der Form der Dialyse getroffen werden. So kann zwischen verschiedenen Dialysearten als Nierenersatztherapieformen unterschieden werden, wobei die Hämo- und die Peritonealdialyse als wichtigste Dialyseformen gelten: Während bei der Hämodialyse, einem extrakorporalen Verfahren, das Blut des Patienten über einen Dialyseshunt entnommen und anschließend mittels einer Blutreinigungsmaschine, dem Dialysator, gereinigt wird, nutzt die Peritonealdialyse (Bauchfelldialyse) als intrakorporales Pendant das Bauchfell des Patienten als natürliche Dialysemembran.²⁵ Hierbei gehen die harnpflichtigen Substanzen aus der Blutbahn über das Bauchfell des Patienten in eine in dessen Bauchraum geleitete Dialysierflüssigkeit über. Bei der Hämo- und der Peritonealdialyse handelt es sich bezüglich der Effektivität um gleichwertige Behandlungsalternativen, die sich aber hinsichtlich der Behandlungsabläufe und -bedingungen wesentlich voneinander unterscheiden: Während Hämodialysepatienten drei Mal pro Woche für etwa fünf Stunden an die Dialyse müssen (Gerberth/Nowack 2011: 127), erfolgt bei der Peritonealdialyse der Austausch der Dialysierflüssigkeit mehrmals täglich, wobei für jeden Wechsel ein Zeitaufwand von etwa 30 Minuten einzuplanen ist.

Mit der Entscheidung für eine Form der Dialyse geht auch eine Entscheidung für den Ort der Therapie sowie für die Beteiligung des Patienten einher: So wird die Hämodialyse in der Regel als Zentrumsdialyse in nephrologischen Ambulanzen oder Praxen durchgeführt, wo Nephrologen und speziell ausgebildete Pflegefachkräfte den Dialyse-

In einigen der untersuchten Gespräche wird außerdem noch der gesundheitliche Zustand des Patienten sowie dessen Krankengeschichte thematisiert. Da dies jedoch nicht obligatorisch ist und zudem jeweils an verschiedenen Phasen des Gesprächs geschieht, also frei platzierbar zu sein scheint, wurde dies in dem Handlungsschema nicht berücksichtigt.

Die Hämodialyse wird von den Ärzten in den untersuchten Gesprächen zumeist mit dem weniger fachsprachlichen Ausdruck *Maschinendialyse* bezeichnet, während auf die Peritonealdialyse überwiegend mit dem Ausdruck *Bauchfelldialyse* referiert wird.

vorgang durchführen und überwachen.²⁶ Im Gegensatz dazu wird die Peritonealdialyse für gewöhnlich bei dem Patienten zuhause und von diesem selbst ausgeführt, wobei mit solchen Heimdialyseverfahren verschiedene Voraussetzungen verbunden sind: So muss der Patient nicht nur bereit sein, eine große Verantwortung für seine Behandlung zu übernehmen und an dieser aktiv mitzuwirken, sondern darüber hinaus über bestimmte gesundheitliche Voraussetzungen verfügen: Denn da selbstständig durchgeführte peritoneale Heimdialysen gewisse mentale und physische Fähigkeiten des Patienten voraussetzen, sind sie etwa für stark sehgeschädigte, paralysierte oder demente Menschen kaum geeignet.

Eine weitere wichtige Entscheidung, die in nephrologischen Therapieplanungsgesprächen getroffen werden muss, ist die Entscheidung über den Zeitpunkt des Beginns der Dialyse. Dieser ist vor allem abhängig von der verbleibenden Nierenfunktion des Patienten, wobei für den richtigen Zeitpunkts des Dialysebeginns nicht nur verschiedene Messwerte aus Blut und Urin maßgeblich sind, sondern auch Symptome des Nierenversagens wie Müdigkeit, Antriebslosigkeit oder Appetitlosigkeit, welche die Lebensqualität des Patienten einschränken. So lässt sich der Verlauf einer Niereninsuffizienz und somit auch der Zeitpunkt für den Beginn der Dialyse zumeist nicht genau vorhersagen, sondern kann von den Nephrologen oft nur abgeschätzt und schließlich gemeinsam mit dem Patienten festgelegt werden (vgl. Gerberth/Nowack 2011: 14).

Die Frage, *ob* eine Dialysetherapie grundsätzlich eingeleitet werden soll, sei es in ferner oder naher Zukunft, wird in nephrologischen Therapieplanungsgesprächen zumeist nicht thematisiert. Da die Dialyse notwendig für das Überleben chronisch nierenkranker Patienten ist, wird die Option, keine Therapie vorzunehmen, meist nicht erwogen (vgl. Lelie 2000: 84-85). Wie sich auch in den folgenden Analysen zeigen wird, muss bei sehr alten oder sehr kranken Menschen jedoch gelegentlich auch die Möglichkeit in Betracht gezogen werden, keine Nierenersatztherapie mehr durchzuführen. Gründe hierfür können unheilbare oder bösartige Erkrankungen sein, an denen der Patient leidet, oder auch die Überzeugung von alten und lebenssatten Patienten, dass der Tod einem Leben mit Dialyse vorzuziehen sei (vgl. Gerberth und Nowack 2011: 16). In solchen Fällen sind jedoch, so Gerberth und Nowack (2011: 16), "ausführliche Aufklärungsgespräche gefordert, die keinen Raum für Missverständnisse lassen und [...] ausführlich dokumentiert werden müssen".²⁷

vgl. www.kfh-dialyse.de/dialyse/dialyse-zentrums-dialyse.html, zuletzt aufgerufen am 08.10.2014.

Des Weiteren besteht die Möglichkeit einer Nierentransplantation: Diese gilt zwar als etabliertes Behandlungsverfahren, birgt jedoch aufgrund der Transplantationsoperation sowie der Gefahr einer Abstoßungsreaktion insbesondere für ältere Patienten erhebliche Risiken. Darüber hinaus gilt es zu berücksichtigen, dass die Wartezeit auf ein Spenderorgan in Deutschland bis zu sieben Jahre oder länger betragen kann (Gerbert/Nowack 2011: 16) und eine Transplantation für viele Dialysepatienten, die in der Regel bereits fortgeschrittenen Alters sind, daher nicht mehr in Frage kommt. Da die Nierentransplantation auch in den untersuchten Gesprächen kaum thematisiert wird, soll hierauf im Folgenden nicht weiter eingegangen werden.

6.3 Das untersuchte Korpus

Grundlage der folgenden Untersuchungen ist ein eigens für diese Arbeit aufgenommenes und zusammengestelltes Korpus, das aus elf nephrologischen Therapieplanungsgesprächen besteht, die zwischen März 2013 und März 2014 im Klinikum Offenbach aufgenommen wurden. Beteiligt waren vier gesprächsführende Nephrologen (zwei Ärztinnen und zwei Ärzte) und elf Patienten (fünf Patientinnen und sechs Patienten) zwischen 25 und 92 Jahren sowie gegebenenfalls deren Angehörige, wobei das durchschnittliche Alter der Patienten bei 68 Jahren liegt. Das kürzeste Gespräch dauert 11 Minuten und 26 Sekunden, während das längste Gespräch 37 Minuten und 41 Sekunden lang ist, wobei die durchschnittliche Dauer eines Gesprächs bei 19 Minuten und 54 Sekunden liegt und sich die Gesamtlänge der Aufnahmen auf 3 Stunden und 31 Minuten beläuft. Die Gespräche wurden als erweiterte Minimaltranskripte nach den Konventionen des Gesprächsanalytischen Transkriptionssystems 2 (Selting et al 2009: 35, siehe Kap. 10.1) verschriftlicht, ergänzend zu den Konventionen für die Erstellung eines Minimaltranskripts wurden in den Transkripten Fokusakzente, extra starke Akzente sowie Dehnungen notiert.

7. GESPRÄCHSANALYTISCHE UNTERSUCHUNG ÄRZTLICHER EMPFEH-LUNGEN IN NEPHROLOGISCHEN THERAPIEPLANUNGSGESPRÄCHEN

Aufbauend auf die in den vorangehenden Kapiteln gelegten methodischen und theoretischen Grundlagen möchte ich im Folgenden anhand der Analyse von vier Fallbeispielen herausarbeiten, unter welchen Bedingungen und auf welche Weise Ärzte Empfehlungen aussprechen, welche Besonderheiten deren Formulierungen aufweisen und wie Patienten auf Empfehlungen reagieren. Auch wenn der Fokus dabei auf der Empfehlungssequenz selbst liegt, sollen auch die vorausgehende Aufklärung über die Behandlungsoptionen sowie der Verlauf des Gesprächs im Anschluss an die Empfehlung analysiert werden, um die Rolle von Empfehlungen im Entscheidungsprozess vollständig abbilden zu können.

Von den insgesamt elf Gesprächen, die sich in dem dieser Arbeit zugrundeliegenden Korpus befinden, bringen die Ärzte in neun Gesprächen Empfehlungen ein. Auch wenn sich in den Darstellungen der therapeutischen Optionen bei näherer Betrachtung oft schon Tendenzen der Ärzte in Bezug auf eine bestimmte Therapiemaßnahme aufzeigen lassen, kann hinsichtlich der Gesprächsstile aller vier Ärzte zunächst festgehalten werden, dass diese stets Wert darauf legen, die in Frage kommenden Behandlungsmöglichkeiten neutral vorzustellen und diesbezügliche Empfehlungen zurückzuhalten. Dementsprechend werden die Empfehlungen auch nur in zwei Gesprächen initiativ von den Ärzten eingebracht und in den verbleibenden sieben Gesprächen im Anschluss an eine vorwiegend objektiv gehaltene Aufklärung über die Behandlungsalternativen vielmehr von den Patienten eingefordert. In den folgenden Fallanalysen möchte ich deshalb zunächst drei Beispiele eingeforderter Empfehlungen untersuchen (7.1), um diese anschließend mit einem Fallbeispiel, in dem der Arzt gleich mehrere Empfehlungen initiativ einbringt, zu vergleichen (7.2).

7.1 Eingeforderte Empfehlungen

7.1.1 Fallanalyse 1: bauchfelldialyse ausprobieren

Der Patient aus dem ersten hier analysierten Fallbeispiel wurde aufgrund einer von seinem Hausarzt festgestellten voranschreitenden Niereninsuffizienz in die nephrologische Ambulanz überwiesen. Im Gegensatz zu einigen anderen Gesprächen aus meinem Korpus, in denen die Patienten auch stationär behandelt werden, hält sich der Patient nur für die Dauer des Gesprächs im Klinikum auf, dieses wird dementsprechend auch im Besprechungszimmer des Arztes durchgeführt und nicht etwa am Krankenbett, wie dies bei den stationären Patienten zumeist der Fall ist. Ziel des Gesprächs ist es, die für den Patienten in Frage kommenden Therapiemaßnahmen zu besprechen und eventuelle Rückfragen des Patienten zu beantworten. Die Ehefrau des Patienten (Sigle *E*), die ihn begleitet, ist ebenfalls am Gespräch beteiligt.

7.1.1.1 Aufklärung über die Behandlungsoptionen

Zu Beginn thematisiert der diensthabende Arzt zunächst den Grund des Gesprächs: Die schlechte Nierenfunktion des Patienten, die in absehbarer Zukunft den Einsatz einer Dialysetherapie erfordern wird:

Fallbeispiel 1, Datum 1: gedanken drum machen (1:54-2:11)

```
01 A ähm (.) weswegen ich mit ihnen SPREchen wollte ähm:
02 P
     ((räuspert sich))
     °hhh
03 A
04
     (0.41)
05 A die::
06
     (1.21)
07 A äh sache is ja die die nierenfunktion die (.) is
     SCHLECHT
     (1.18)
08
09 A nich SO schlecht dass man jetzt sofort ne blutwäsche
     anfangen muss aber doch so schlecht dass man sich
     gedanken drum machen muss
```

Die Aussage bezüglich der schlechten Nierenfunktion des Patienten wird hier vom Arzt sehr stockend hervorgebracht und zeichnet sich durch Hesitationspartikeln (ähm, Zeile 01), längere Pausen (Zeile 04, 06, 08), Räuspern (Zeile 02), tiefes Einatmen (Zeile 03) und Dehnungen (ähm:, Zeile 01 und die::, Zeile 05) aus. Durch diese zahlreichen Hesitationsphänomene sowie die Betonung des Adjektivs SCHLECHT (Zeile 07) markiert der Arzt seine Mitteilung als heikel bzw. als schlechte Neuigkeit (Maynard 1989, vgl. auch Spranz-Fogasy/Becker 2015), wobei es einschränkend zu bemerken gilt, dass es sich hierbei nicht im eigentlichen Sinne um eine Diagnosemitteilung handelt, da der Patient bereits von seinem Hausarzt über seine schlechten Nierenwerte informiert wurde (s. o., Kap. 6.1). Neuheitswert haben in nephrologischen Therapieplanungsgesprächen, wie auch hier, vielmehr die Informationen zu den Abläufen und Funktionsweisen der verschiedenen Dialyseverfahren, die ja, wie bereits in Kap. 6.2 dargelegt wurde, sehr zeitintensiv und mit großen Einschränkungen für den Patienten verbunden sind. Diesen anstehenden Therapiemaßnahmen gilt hier dementsprechend auch die Rahmung als schlechte Neuigkeit, und so setzt der Arzt direkt im Anschluss an die stockend hervorgebrachte Feststellung der schlechten Nierenfunktion dazu an, über die anstehenden Therapiemaßnahmen aufzuklären, indem er betont, dass eine sofortige therapeutische Intervention zwar nicht erforderlich sei, man aber bereits diesbezügliche Überlegungen anstellen müsse (Zeile 09). Anschließend präzisiert er, worauf sich diese Überlegungen beziehen sollen:

Fallbeispiel 1, Datum 2: präferENZen (2:11-2:38)

```
01 A u[nd zwar] hh in der form (.) dass es (.)
     verschiedene dialysever (.) fahren gibt
     die prinzipiell alle GUT sind
02 P
      [hm hm
     (0.77)
03
04 A ähm (.) die (.) aber möglicherweise für sie nich (.)
     in GLEIcher weise in frage kommen
05
     (0.38)
06 A aufgrund von
     (0.87)
08 A äh:
09
     (0.31)
10 A präferENZen
11
     (0.44)
12 A dass äh (.) des eine (.) für sie äh günstiger is (.)
     jetzt auch äh (.) was des (.) °h das häusliche umfeld
     anbetrifft ähm
14
     und dann gibt s auch (.) n paar mediZInische gründe
     noch (.) äh die (.) [manchma für des ei]ne oder für
     des andere sprechen
15 P
                          [okAY
                                              1
```

Mittels einer *und zwar*-Konstruktion (Zeile 01) leitet der Arzt hier eine längere Diskurssequenz ein (vgl. Günthner 2012), in der er den Patienten über die grundsätzliche Möglichkeit aufklärt, zwischen verschiedenen Formen der Dialyse zu wählen (Zeile 01). Bevor er diese genauer erläutert, informiert er den Patienten zunächst darüber, dass es bei der Entscheidung für eines der Verfahren in erster Linie auf dessen *präferenzen* (Zeile 10) ankomme, da die verschiedenen Dialyseformen *prinzipiell alle GUT sind* (Zeile 01), es sich hier also um gleichwertige Behandlungsmethoden handelt (vgl. Kap. 5.4). Im Anschluss führt er mittels zweier progressiver Expansionen (Auer 1991) weitere Aspekte ein, die Einfluss auf die Entscheidung für das Dialyseverfahren haben, nämlich das *häusliche umfeld* (Zeile 13) des Patienten sowie *medizinische gründe* (Zeile 14).²⁸ Indem der Arzt die Präferenzen des Patienten jedoch an erster Stelle nennt, gibt er

_

Der Arzt spielt hiermit auf die Voraussetzungen für eine Peritonealdialyse an, die nur bei Patienten durchgeführt werden kann, die in einer Wohnung bzw. einem Haus leben, in dem es die Möglichkeit gibt, die für die Dialyse nötigen Utensilien trocken zu lagern, und die nur für Patienten geeignet ist, bei denen bisher keine größeren Operationen im Bauchraum vorgenommen wurden.

dem Patienten schon zu Beginn des Gesprächs zu verstehen, dass dessen Wünsche und Bedürfnisse – gesetzt der Erfüllung gewisser medizinischer uns häuslicher Voraussetzungen – Grundlage der zu treffenden Entscheidung sind. Auf diese Weise weist der Arzt den Patienten gleichzeitig implizit auf die von ihm erwartete, aktive Rolle im Entscheidungsprozess hin: Denn wenn die Präferenzen des Patienten die Basis der in diesem Gespräch zu verhandelnden Entscheidung sein sollen und diese für den Arzt ja nicht anders zugänglich sind als durch die Interaktion mit dem Patienten, dann muss der Patient diese auch im Gespräch einbringen und dementsprechend als "Sachverständiger in Fragen […] seiner eigenen Wünsche, Bedürfnisse, Präferenzen und Wertvorstellungen hinsichtlich einer medizinischen Behandlung" (Nebling/Fließgarten 2009: 84) auftreten.

Anschließend spricht der Arzt die Peritoneal- und die Hämodialyse als in Frage kommende Verfahren an und weist auf diesbezügliche Vorbereitungsmaßnahmen hin:

Fallbeispiel 1, Datum 3: entsprechende vorbereitungen (2:39-2:56)

```
01 A in: (.) der HAUPTsache sprechen wir drum (.)
     °h dass (.) ähm::
     WENN denn die dialyse anstehen WÜRde (.)
02
     und ich denke (.) das könnte noch dieses jahr SEIn
03
     (.)
04 P ja:
05
     (0.22)
06 A ähm: (.) dass man (.) entsprechende vorbereitungen
     treffen (.) SOLLte
     (0.46)
07
08 A für die: (.) für den fall dass ne (.)
     bauchfelldialyse
09
     (0.2)
10 A NICHT gewünscht is sondern diese maschinendialyse
11
     (0.2)
```

Der Arzt nennt hier zunächst sein zentrales Anliegen (*HAUPTsache*, Zeile 01), die für die anstehende Dialysetherapie notwendigen Vorbereitungen zu besprechen (Zeile 04 ff.). Mittels zweier Parenthesen (Zeile 02-03) weist er den Patienten nochmals auf die Erfordernis einer Dialysetherapie hin. Der Zeitpunkt des Therapiebeginns wird dabei zunächst durch die hypothetische, konjunktivistische Formulierung (Zeile 02-03) als ungewiss datiert, jedoch *noch in diesem jahr* (Zeile 03) vermutet, also innerhalb der nächsten fünf Monate, da das Gespräch im August 2013 geführt wird.

Indem der Arzt hier auf Vorbereitungen verweist, die nur im Fall einer Hämodialyse notwendig sind (Zeile 06-10), bezieht er sich auf die Operation zur Einrichtung eines Dialyseshunts, die bei der Hämodialyse bestmöglich einige Wochen vor dem ersten Dialysevorgang erfolgen sollte, während die Peritonealdialyse ein Verfahren ist, das – abgesehen von der entsprechenden Schulung des Patienten – keine derart langfristigen Vorbereitungsmaßnahmen erfordert.

Der Transkriptausschnitt macht zudem deutlich, dass bereits im Vorfeld ein Gespräch zwischen dem Arzt und dem Patienten stattgefunden hat, in dem der Patient über die verschiedenen Dialyseverfahren informiert wurde: So werden die Ausdrücke *bauchfell-dialyse* (Zeile 08) und *maschinendialyse* (Zeile 10) nicht erläutert, sondern als bekannte Information bzw. als geteiltes Wissen (*common ground*, Clark/Schaefer 1989) vorausgesetzt. Dies wird auch anhand des Demonstrativpronomens *diese* (Zeile 10) deutlich, das hier nicht etwa einen Bezug auf etwas in einer vorangegangenen Äußerung Genanntes anzeigt (Duden/Bedeutungswörterbuch 2010: 271) – denn das Wort *maschinendialyse* wird an dieser Stelle zum ersten Mal in diesem Gespräch erwähnt –, sondern vielmehr auf das vorherige Gespräch verweist.

Der Fokus liegt in diesem Gespräch dementsprechend, wie sich auch später zeigen soll, auf der Vertiefung der bereits gegebenen Informationen, der Klärung von Nachfragen des Patienten und seiner Frau sowie der Besprechung vorbereitender Maßnahmen (Zeile 06). Die Möglichkeit, Nachfragen zu den Dialyseverfahren zu stellen, nutzt der Patient alsdann, wie der folgende Ausschnitt zeigt, der sich direkt an die besprochene Sequenz anschließt:

Fallbeispiel 1, Datum 4: in ner ganz schön kleinen mietwohnung (2:57-3:17)

```
01 P is überhaupt die bauch (.) bauchfell (.) dia (.)
     dialyse zuHAUse
02
     (0.51)
03 P
    unter den (.) häuslichen voraussetzungen möglich
04 A wie WOHnen sie den[n
05 P
                        [+++ ]
06
     (0.38)
     in ner ganz [schön kleinen mietwohnung (.) und ] h
08 E
                  [schön ((Lachansatz))
                                                       ]
09
     (1.03)
1 O P
     °h wir ham KEIN eignen sterilen raum dafür
     (.) na steril muss er nich sein
     er muss sauber und trocken sein
12
     (0.72)
```

In der Frage des Patienten, ob die für eine Peritoneal- bzw. Bauchfelldialyse notwendigen Voraussetzungen in seinem Fall erfüllt sind (Zeile 01-03), manifestieren sich deutliche Formulierungsprobleme (vgl. Fiehler 2009: 1227 ff.): So scheint der Patient bei der Bezeichnung des Verfahrens Wortfindungsschwierigkeiten zu haben (die bauch (.) bauchfell (.) dia (.) dialyse, Zeile 01), worauf eine längere Pause folgt (Zeile 02). Im Anschluss rekurriert er mit der Nominalphrase den (.) häuslichen voraussetzungen (Zeile 03) auf die Formulierung des Arztes aus Datum 2 (das häusliche umfeld, Zeile 12), um zu erfragen, ob eine Bauchfelldialyse in Anbetracht seiner derzeitigen Wohnsituation überhaupt in Erwägung zu ziehen sei. Dies versucht der Arzt mittels einer Rückfrage zur Wohnsituation des Patienten zu klären (Zeile 04), auf die hin der Patient seine Wohnung als ganz schön kleine mietwohnung (Zeile 07) bezeichnet und nach einer Pause (Zeile 09) hinzufügt, dass KEIN eigne[r] sterile[r] raum dafür (Zeile 10) zur Verfügung stehe. Durch diese Antwort verweist der Patient auf sein Wissen bezüglich gewisser räumlicher Erfordernisse der Peritonealdialyse, das er entweder aus dem zuvor stattgefundenen Gespräch bezieht, das aber auch aus anderweitigen Informationsquellen wie Zeitschriften, Fernsehberichten oder dem Internet stammen kann (vgl. Smolle 2007: 149 sowie Höflich et al. 2009). Auf die sich in diesen Äußerungen manifestierende Ansicht des Patienten, dass die Peritonealdialyse aufgrund seines häuslichen Umfelds für ihn nicht in Frage kommt, entgegnet der Arzt korrigierend, dass lediglich ein sauberer und trockener Raum erforderlich sein, nicht jedoch ein steriler (Zeile 11). Die Vorbehalte des Patienten – und auch seiner Frau – gegenüber einer Peritonealdialyse bestehen jedoch nicht nur hinsichtlich der räumlichen Situation, wie der sich anschießende Transkriptausschnitt zeigt:

Fallbeispiel 1, Datum 5: enkelkinder (3:19-3:30)

```
01 E (.) das probLEM is ähm
02   (0.44)
03 E wir ham regel (.) wir ham regelmäßig die enkelkinder
    da
04 A hm_hm (.)
05 E ob des dann so (.) UNbedingt
06   (0.35)
07 A des is nich per se n ausschluss (.) grund
```

Die Ehefrau des Patienten, die sich zunehmend am Gespräch beteiligt, spricht hier den regelmäßigen Besuch der Enkelkinder an (Zeile 03), den sie als *probLEM* (Zeile 01) darstellt und auf diese Weise als Gegenargument einer zuhause stattfindenden Peritonealdialyse markiert. In Zeile 05 setzt sie mittels des Konnektors *ob* zu einem selbstständigen Verbletztsatz an, durch den sie eine diesbezügliche Bewertung des Arztes einfordert (*ob des dann so* (.) *UNbedingt*, Zeile 05). Diese Konstruktion führt sie jedoch nicht

zu Ende, woraufhin der Arzt nach einer kurzen Pause (Zeile 06) bestreitet, dass es sich hierbei um einen *ausschluss* (.) *grund* (Zeile 07) handelt und somit auch hier die von der Ehefrau des Patienten bzw. diesem selbst (vgl. Datum 4) hervorgebrachten Argumente gegen eine Peritonealdialyse entkräftet. Auch im weiteren Verlauf des Gesprächs zeigen sich ähnliche Sequenzen, in denen der Patient und seine Frau Gründe gegen eine Peritonealdialyse anbringen, für die der Arzt jedoch stets Gegenargumente anbringt, wie beispielsweise in Datum 6, in dem die Ehefrau des Patienten ihre Vorbehalte gegen eine Lagerung der Dialyseutensilien im Schlafzimmer anspricht (Zeile 04), was der Arzt jedoch für völlig unproblematisch hält (Zeile 05):

Fallbeispiel 1, Datum 6: schlafzimmer (3:55-4:08)

```
01 A also so n (.) platz wie diesen schrank bräuchten se
     °hh und halt einen raum äh (.)
     der muss nich NUR dafür genutzt werden aber
02
     (0.8)
03 A zumindest n gewisser TEIL (.) etwa so: der bereich
     den wir auch hier haben wo (.) wir
     [jetzt zusammen sitzen
04 E
     [aber NICH schlafzimmer ][jetzt käme nich in fr
05 A
                               [°h es kann auch im SCHLAF]
     zimmer [sein ]
06 E
            [kön ]nte auch im [schlafzimmer ]sein
07 A
                                [schon
                                              1
08 P wir ham doch schon kaum platz (.)
10 P wir ham doch keinen [platz ]
11 E
                          ſnee
                                 lnich wirklich ne (.)
```

Auch hier manifestiert sich die Dispräferenz des Patienten und seiner Frau hinsichtlich der Peritonealdialyse anhand der Verbalisierung diesbezüglicher Vorbehalte, die der Arzt – wie bereits in Datum 4 und 5 – zu entkräften versucht. Der Patient bzw. dessen Frau markieren die Fokussierung des Arztes auf die Peritonealdialyse durch ihre Einwände also mehrfach als problematisch, versuchen jedoch eine direkte Zurückweisung dieses ihnen auf diese Weise nahegelegten Verfahrens zu vermeiden. Stattdessen scheinen sie die Strategie zu verfolgen, den Arzt durch die dargelegten Bedenken auf ihre Dispräferenz hinsichtlich der Peritonealdialyse als Therapieverfahren aufmerksam zu machen. Dies entspricht auch der Beobachtung Sacks (1987), der in seinen Untersuchungen verschiedener Alltagsgespräche eine "preference for agreement" feststellt, die mit stetigen Bemühungen der Gesprächsteilnehmer, offenen Dissens zu vermeiden, ein-

hergeht. Dies gilt umso mehr für institutionelle Kontexte mit vordefinierten Experten-Laien-Rollenverteilungen, in denen die Laien – wie dies auch hier der Fall ist – darauf bedacht sind, ihre Nichtübereinstimmung mit der Meinung des Experten nicht explizit zu verbalisieren. Vielmehr weichen sie hierfür auf anderweitige Verfahren aus, etwa auf reduzierte Rückmeldeaktivitäten, ausbleibende oder nur zögerliche Zustimmungen ("weak agreements", vgl. Pomerantz 1984), Gegenvorschläge (Stivers 2005a) oder wie hier auf die Markierung problematischer Aspekte.

Anhand der besprochenen Sequenzen lassen sich jedoch nicht nur Schlüsse hinsichtlich der Dispräferenzen des Patienten bzw. seiner Frau bezüglich der Peritonealdialyse als Therapieverfahren ziehen, sondern der Umgang des Arztes mit diesen Vorbehalten legt auch dessen Tendenzen offen: So bewirkt er durch die kontinuierliche Entkräftung der gegen eine Peritonealdialyse hervorgenbrachten Argumente, dass diese im Fokus des Entscheidungsprozesses und somit verhandelbar bleibt, was wiederum Rückschlüsse in Bezug auf seine Präferenz bezüglich dieser Behandlungsmethode zulässt. Dies zeigt auch die folgende Sequenz, in welcher der Arzt zunächst weitere Voraussetzungen abfragt, die im Fall einer Peritonealdialyse erfüllt sein müssen:

Fallbeispiel 1, Datum 7: wenn man_s zuhause macht (4:59-5:27)

```
01 A ham sie irgendwelche großen BAUCHoperationen im
     vorfeld gehabt
02 P mh mh
     (0.48)
03
04 A das nich
05
     (0.31)
06 P [NEIN hab ich nich geha]bt [nein ]
07 E [nein ganz sicher
08 A
                                 [hm hm ]
09
     (1.3)
     ((Auslassung von 9 Transkriptzeilen))
19 A können se mein SCHILD lesen hier
2.0
     (0.3)
21 P ja
22
    (0.42)
23 A ((schmatzt)) gut
24
     (0.95)
25 A hm n bisschen (.) mit den augen muss (.) halt auch
     so: stimmen dass se (.) diese ganzen sachen die da
     anstehen (.) verknüpfungen (.) von den schläuchen
```

```
e cetera
26
     (0.36)
27 A auch HINkriegen (.) also sie müssen n bisschen gucken
     können
28
     (0.28)
     des (.) äh: [weil
                               1
30 E
                  [wenn man s ] zuHAUse macht
31 A wenn man s zuhause macht
32
     (0.54)
33 P ich lehn s !AB!
34
     (0.4)
35 A hm hm (.) sie lehnen s AB (.) ohnehin
     (0.21)
36
37 P ja [+++++
                                               ]
38 A
        [qut (.) dann müssen wir eigentlich ]da gar nich
     groß drüber reden
39 P nee ich wollt s mir nochmal anhören
```

Der Arzt befragt den Patienten hier hinsichtlich großer BAUCHoperationen im vorfeld (Zeile 01) und führt auf diese Weise die in Datum 2 genannten mediZInischen gründe (Zeile 12) aus, die gegen eine Peritonealdialyse sprechen würden. Die dahinterstehende Information, dass das Bauchfell infolge der durch solche Operationen entstehenden Narben nicht mehr als natürliche Dialysemembran fungieren kann, erwähnt der Arzt hier jedoch nicht. Der Patient verneint die Frage zweifach (Zeile 02 und 06), seine Frau bekräftigt dies (Zeile 07). Nach einer kurzen humoristischen Sequenz, in der der Arzt den Patienten darauf hinweist, dass die von ihm genannte Herz-Bypass-Operation nicht als Operation im Bauchraum einzustufen sei, sondern eine etage höher liegt (Zeile 10-18, Auslassung im Transkript), prüft der Arzt die Sehstärke des Patienten, indem er ihn fragt, ob er sein Namensschild lesen könne (Zeile 19). Nachdem der Patient dies bejaht hat (Zeile 21) und somit bisher alle Kriterien für eine Peritonealdialyse erfüllt sind, erläutert der Arzt dem Patienten - im Gegensatz zur vorausgehenden Sequenz (Zeile 01 ff.) – den Grund für die Überprüfung der Sehstärke (Zeile 25-29): Denn um die Peritonealdialyse selbstständig zuhause durchführen zu können, muss der Patient zumindest n bisschen gucken können (Zeile 27). Abgeschwächt und somit auch eingeschränkt wird diese Erfordernis durch zahlreichen Heckenausdrücke (n bisschen, halt, Zeile 25; n bisschen, Zeile 27) und die insgesamt sehr vage²⁹ gehaltene Formulierung, womit der

vage bzw. Vagheit wird in dieser Arbeit im Sinne von unbestimmt bzw. Unbestimmtheit bzw. als eine "der Aussage inhärente Unbestimmtheit" (Pinkal 1991: 251) verwendet. Vgl. hierzu auch Schedl (2014).

Arzt die Voraussetzung für die Peritonealdialyse, über ein gewisses Sehvermögen zu verfügen, als leicht erfüllbar darstellt. Durch die Feststellung, dass der Patient die genannten Voraussetzungen erfüllt (Zeile 04 und 23), signalisiert der Arzt dem Patienten – aufbauend auf der vorausgehenden Entkräftung von dessen Bedenken (vgl. Datum 4, 5 und 6) -, dass in seinem Fall aus medizinischer Perspektive und in Anbetracht der gegebenen häuslichen Voraussetzungen nichts gegen die Wahl der Peritonealdialyse spricht und rückt diese so erneut in den Fokus des Gesprächs.

In Zeile 29 setzt der Arzt zu weiteren Ausführungen an, wird jedoch von der Frau des Patienten unterbrochen, die sich mittels des konditionalen Nebensatzes wenn man_s zuhause macht (Zeile 30), der als Frage intoniert ist, darüber vergewissert, dass hier (noch immer) von der Peritonealdialyse die Rede ist. Dieser Einschub lässt sich dabei unter zweierlei Gesichtspunkten interpretieren: Zum einen scheint die Ehefrau in gewisser Hinsicht irritiert zu sein, dass noch immer über die Peritonealdialyse gesprochen wird, obwohl diese doch durch die zahlreichen von ihr und ihrem Mann vorgebrachten Vorbehalte als dispräferiertes Verfahren markiert wurde. Gleichzeitig lässt sich ihr Einschub, durch den sie ja die Ausführungen des Arztes unterbricht, auch als Versuch interpretieren, den Arzt in seinen Bemühungen aufzuhalten, die Peritonealdialyse als im Fall des Patienten vorzuziehendes Verfahren darzustellen.

Dementsprechend meldet sich in Zeile 33 auch der Patient zu Wort und bringt deutlich seine Entscheidung gegen die Peritonealdialyse zum Ausdruck: ich lehn_s !AB!. Durch die starke Betonung der Verbpartikel !AB! verleiht er seiner Absage dabei besonderen Nachdruck. Nachdem also die zuvor zum Ausdruck gebrachten Vorbehalte des Patienten vom Arzt nicht im Sinne einer prinzipiellen Ablehnung der Peritonealdialyse bearbeitet wurden, sondern im Gegenteil den Arzt vielmehr dazu bewogen haben, die Bedenken des Patienten zu entkräften und hierfür genauer auf die Peritonealdialyse einzugehen, ändert der Patient hier nun seine Strategie und bringt seine Nichtübereinstimmung offen zum Ausdruck. Indem der Patient die Peritonealdialyse als Behandlungsmethode ablehnt, konstruiert er aktive Agency (vgl. Kook 2015), er nimmt eine aktive Rolle in der Verhandlung der Therapiemaßnahmen ein und beteiligt sich auf diese Weise aktiv am Entscheidungsprozess. Gleichzeitig beeinflusst er so den weiteren Gesprächsverlauf, da der Arzt die zum Ausdruck gebrachte Nichtübereinstimmung nun bearbeiten muss, um zum nächsten Schritt, der Besprechung der weiteren Vorgehensweise, übergehen zu können (vgl. Koenig 2011 sowie Stivers 2005a: 954).

Der Arzt lenkt dementsprechend nach einer kurzen Pause (Zeile 34) auch sofort ein: Unter Rückgriff auf die Formulierung des Patienten vergewissert er sich zunächst dessen Aussage (sie lehnen_s AB, Zeile 35) und erfragt anschließend mittels der daran angeschlossenen, mit ansteigender Tonhöhe intonierten Expansion ohnehin (Zeile 35) die Grundsätzlichkeit der Ablehnung des Patienten. 30 Der Patient bejaht dies (Zeile 37),

So kategorisiert grammis ohnehin als Konnektor, der Irrelevanzkonditionale einleitet und somit signalisiert, dass ein "Sachverhalt unabhängig von kontextuell gegebenen Faktoren gilt" (grammis, Eintrag zu ohnehin: http://hypermedia.ids-mannheim.de, zuletzt aufgerufen am 20.11.2014).

woraufhin der Arzt unmittelbar den Schluss zieht, dass die Peritonealdialyse nunmehr nicht länger besprochen werden müsse (Zeile 38), was der Patient zustimmend mit nee (Zeile 39) quittiert. Der Arzt zeigt auf diese Weise seine Orientierung an den Wünschen des Patienten an, dessen Präferenzen ausschlaggebend sind für die Wahl des Therapieverfahrens (vgl. Datum 2) und somit letztendlich auch für die Ausführlichkeit der Besprechung derselben. Indem der Arzt auf diese Weise die Ablehnung des Patienten als maßgeblichen Einflussfaktor auf die Gestaltung des weiteren Gesprächsverlaufs behandelt, verfolgt er eine patientenzentrierte Gesprächsführung (Balint 1976, Langewitz 2011, Lalouschek 1995, 2002), in der den Plänen, Gedanken, Wünschen und Präferenzen des Patienten zentrale Bedeutung beigemessen wird.

Im Gegensatz zu ihrem Mann scheint das Thema Peritonealdialyse für die Frau des Patienten jedoch noch nicht gänzlich erschöpft zu sein, was anhand der Frage, die sie zu Beginn des nächsten Transkriptausschnitts stellt, deutlich wird:

Fallbeispiel 1, Datum 8: keine lust (7:11-7:20)

```
01 E welche vorteile hätte man denn wenn man s zuhause
     macht (.) dass man NICH zur dialyse fahren muss oder
02 A das is der eine punkt und es is n bisschen besser
     verTRÄGlich (.) für viele [is es
                                              1(.)
     verTRÄGlicher
03 E
                                [verträglich ]
04 \mathbf{A} °hh bei der dialyse (.) an der maschine is es
05
     (0.33)
06 A für manche so
07
     (0.3)
08 A dass ähm
09
     (0.51)
10 A insbesondere NACH der dialyse des (.) befinden NICH
     so gut is
11 E hm[hm]
12 A
      [dass ] man SCHLAPP is kaputt is
     (0.31)
13
     ((Auslassung von 15 Transkriptzeilen))
29 P da hab ich noch nich dran gedacht
30 A hm hm (.)
31 P (nämlich) [dauernd ] schlapp in der wohnung rumzuhän-
     gen
```

```
32 A
              [und
33 P hab ich AUCH keine [lust ]
34 E
                         [nee ]
35 A und des andere (.) der andere VORteil von dem
     verfahren is dass die diät (.) nich so streng is
     man !DARF! (.) obst und gemüse essen
36
     des (.) dürfen se halt (.) wenn se an der maschine
     sind !NICH!
     (0.36)
37
38 A oder nich in dem MAß (.) müssen se sich einschränken
     ((Auslassung von 6 Transkriptzeilen))
45 A also des sind so die beiden schlagenden vorteile (.)
```

Die Frau des Patienten erfragt hier die Vorteile der Peritonealdialyse und gibt direkt im Anschluss zunächst selbst die Einsparung des Wegs zum Dialysezentrum zur Antwort (Zeile 01). Dem stimmt der Arzt zu und ergänzt die bessere Verträglichkeit der Peritonealdialyse als positiven Aspekt dieses Behandlungsverfahrens (Zeile 02). Interessant hinsichtlich seiner weiteren Ausführungen bezüglich dieses Punktes (vgl. Zeile 04 ff.) ist, dass der Arzt dabei nicht auf die Vorteile der Peritonealdialyse, sondern vielmehr auf die Nachteile der Hämodialyse eingeht und die beiden Verfahren auf diese Weise kontrastiert. Auf ähnliche Weise verfährt er bei der Erläuterung der Diätvorschriften (Zeile 35-38), indem er auch hier nicht nur erklärt, dass die Ernährung im Falle einer Peritonealdialyse relativ uneingeschränkt erfolgen kann, sondern in besonderer Weise die diesbezüglichen Einschränkungen bei der Hämodialyse betont (vgl. etwa jeweils den starken Fokusakzent auf der Partikel !NICH! in Zeile 10 sowie in Zeile 36). Die auf diese Weise erfolgende, negative Bewertung der Hämodialyse sowie das seine Ausführungen abschließende Resümee, in dem der Arzt die Vorteile der Peritonealdialyse als schlagend (Zeile 45) bezeichnet, offenbaren hier in noch deutlicherer Weise als zuvor den Eindruck, dass der Arzt die Peritonealdialyse im Fall dieses Patienten der Hämodialyse vorzieht. Obwohl die Besprechung der Peritonealdialyse als Therapiemaßnahme also zuvor durch den Patienten unterbunden wurde, gelingt es dem Arzt hier durch die Nachfrage der Frau des Patienten, diese erneut zum Gegenstand der Verhandlungen zu machen.

Nachdem der Arzt den Patienten und seine Frau über die Vorbereitungsmaßnahmen, die im Fall einer Hämo- sowie einer Peritonealdialyse erforderlich sind, aufgeklärt hat, nutzt die Frau des Patienten eine längere Gesprächspause (Datum 9, Zeile 01), um eine Empfehlung des Arztes hinsichtlich des Dialyseverfahrens zu erfragen und erbittet auf diese Weise eine Hilfestellung im Entscheidungsprozess. In der Antwort des Arztes wird nun dessen Tendenz bezüglich der Peritonealdialyse explizit, die im Verlauf des

Gesprächs zwar mehrfach deutlich, bisher jedoch noch nicht offen ausgesprochen wurde:

7.1.1.2 Die Empfehlungssequenz

Fallbeispiel 1, Datum 9: geht geNAUso (12:49-13:12)

```
01
     (2.16)
02 E was würden SIE denn machen
03
     (0.91)
04 A ich: w:[ü::
                          ] [rde:
                                               ]
05 E
            [((lacht)) °h]
06 P
                            [oh ja
07 E
                            [laut ihrer erfahr]ung
08 P (.) ja
     (0.38)
09
10 A ich würde erst mal
11
   (0.22)
12 A bauchfelldialyse AUSprobieren ob man damit zurRECHT
     kommt
13
     (0.25)
14 E ((schmatzt)) °h also wenn man die bauchfelldialyse
     macht dann könnte man auch noch sagen ich mach die
     ANdere (.) dia (.) man muss sich nicht
     [von vornherein so ]
15 A [das geht geNAUs
16
     (0.26)
17 E geht geNAUs[o
                                 [ah]a
18 A
                [das q]eht geNAU[so ]
19
     (1.64)
```

Die Ehefrau des Patienten (und auch dieser selbst, vgl. Datum 8, Zeile 29-34) scheint sich im Anschluss an die Erörterung der Vorteile einer Peritonealdialyse und aufgrund der genannten Nachteile der Hämodialyse bezüglich des Ausschlusses ersterer nicht mehr so sicher zu sein: Dies zeigt sich anhand ihrer Frage in Zeile 02 (was würden SIE denn machen), mit der die Frau des Patienten den Arzt dazu auffordert, sich in die Lage des Patienten hineinzuversetzen und aus dessen Perspektive eine persönliche Einschätzung bezüglich der Dialyseform zu äußern. Der Arzt setzt nach einer kurzen Pause in Zeile 04 zu einer Antwort an (ich: w:ü::rde:), wobei sich bereits hier deutliche Hesitati-

onsphänomene in Form von ausgeprägten Dehnungen verzeichnen lassen, die den Eindruck vermitteln, dass die Bearbeitung dieser Bitte für ihn in gewisser Hinsicht problematisch ist. Zunächst wird der Arzt jedoch von dem zustimmenden Ausruf des Patienten (oh ja, Zeile 06) und der Frau des Patienten, die verlegen lacht (Zeile 05) und ihre Frage anschließend mittels einer Expansion präzisiert (laut ihrer erfahrung, Zeile 07), unterbrochen. Nach einer kurzen Pause in Zeile 09 nimmt der Arzt die in Zeile 02 begonnene Konstruktion wieder auf und spricht sich für die Wahl der Peritonealdialyse aus (Zeile 10-12). Mit der konjunktivistischen Einleitung der Empfehlung mittels ich würde (Zeile 10) übernimmt er dabei nicht nur die in der Frage enthaltene Konstruktion (Zeile 02) und folgt somit der darin enthaltenen Aufforderung bezüglich der Perspektivenübernahme, sondern verleiht seiner Empfehlung gleichzeitig einen sehr subjektivierenden Charakter, indem er diese so als persönliche Einschätzung ausweist. Der Vorschlag, die Peritonealdialyse erst mal [...] AUS[zu]probieren (Zeile 12) und der deagentivierende Komplementsatz ob man damit zurecht kommt (Zeile 12), verleiht der Empfehlung darüber hinaus einen tentativen Charakter. Durch diese subjektivierende und tentative Formulierung der Empfehlung, die zudem durch zahlreiche Pausen (Zeile 09, 11, 12) gekennzeichnet ist, bringt der Arzt zum Ausdruck, dass er den Patienten auf diese Weise keinesfalls auf die Wahl der Peritonealdialyse festlegen möchte, sondern dass es bei der Entscheidung für eine Form der Dialyse in erster Linie auf dessen persönliche Präferenzen ankommt (vgl. Datum 2).

Die Frau des Patienten hinterfragt daraufhin in Zeile 14 die Aussage des Arztes bezüglich einer versuchsweisen Peritonealdialyse und spricht dabei die Möglichkeit eines nachträglichen Wechsels der Dialyseform an (dann könnte man auch noch sagen ich mach die ANdere [...]). Der Arzt bestätigt dies in Zeile 15 (das geht genauso), womit er gleichzeitig seine vorausgehende Empfehlung, die Peritonealdialyse probeweise durchzuführen (Zeile 10-12), untermauert.

Wie oben bereits angemerkt, wird in dieser Sequenz die Tendenz des Arztes hinsichtlich der Peritonealdialyse als für den Patienten adäquates Behandlungsverfahren zu ersten Mal explizit: Während der Arzt zuvor zwar die Bedenken des Patienten und dessen Frau in Bezug auf die Peritonealdialyse entkräftet, die Voraussetzungen für die Peritonealdialyse abgeklärt, diese als praktikables Verfahren dargestellt sowie die Nachteile der Hämodialyse betont hat, spricht er sich nun expressis verbis für die Peritonealdialyse aus. Die vorherigen, impliziten Strategien sowie die Tatsache, dass der Arzt seine Empfehlung erst im Anschluss an die ausdrückliche Frage der Frau des Patienten äußert, verweisen auf die im Theorieteil dieser Arbeit diskutierte Problematik ärztlicher Empfehlungen im Fall des Vorliegens gleichwertiger Behandlungsmethoden (Kap. 5.4), wie sie auch hier gegeben sind (vgl. Datum 2): So ist der Arzt aus rechtlich-ethischer Perspektive einerseits dazu angehalten, die Entscheidung über die Behandlungsmethode dem Patienten zu überlassen und dementsprechend seine eigenen Einschätzungen zurückzuhalten, andererseits zeigt sich in dem Gespräch aber auch an mehreren Stellen deutlich (vgl. v.a. Datum 8 und 9), dass der Arzt seine Meinung hinsichtlich der Peritonealdialy-

se als vorzuziehende Behandlungsmethode einbringen möchte, und schließlich, dass eine diesbezügliche Empfehlung auch im Sinne des Patienten und seiner Frau ist (Zeile 02 und 06).

Auffällig ist jedoch, dass der Arzt seine Empfehlung hier nicht explizit begründet, dem Patienten und seiner Frau also nicht mitteilt, warum er die Peritonealdialyse für das geeignetere Verfahren hält – eine Information, die gerade in Anbetracht der Betonung der Gleichwertigkeit der beiden Verfahren (vgl. Datum 2 sowie Datum 10) sicherlich wissenswert wäre. Zwar nennt der Arzt – jedoch erst auf Nachfrage der Frau des Patienten hin – die generellen Vorteile bzw. Nachteile der beiden Verfahren (vgl. Datum 8), diese bezieht er jedoch nicht auf die individuellen Lebensumstände des Patienten, er macht also nicht deutlich, wieso er die Peritonealdialyse gerade im Fall des Patienten für das geeignetere Verfahren hält. Der Patient muss dementsprechend auf der Grundlage der Ausführungen des Arztes selbst entscheiden, welche der dargelegten Informationen für seine Entscheidung hinsichtlich der Behandlungsmethode zentral sind.

7.1.1.3 Der weitere Gesprächsverlauf

Nachdem der Arzt einige weitere Informationen und Erklärungen zu der Peritonealdialyse sowie den dafür erforderlichen Vorbereitungsaktivitäten gegeben hat, betont er nochmals die Äquivalenz den Dialyseverfahren und stellt dem Patienten und seiner Frau die Entscheidung hierüber völlig frei:

Fallbeispiel 1, Datum 10: gleichwertige möglichkeiten (14:23-14:41)

```
01 A man LEBT weder mit dem einen verfahren noch mit dem
     anderen länger
02
     (0.35)
03 A [oder
04 E [hm hm ]
05
     (0.89)
06 A also s is tatsächlich insofern
0.7
   (0.31)
08 A sind des
09
    (0.53)
10 A zwei gleichwertige möglichkeiten (.)
     °h und man kann jetzt nich sagen
     das eine is besser oder das andere is SCHLECHter °h
11 E (.) hm hm
12 A man kann s abhängig machen von den (.) persönlichen
     beDÜRFnissen
```

```
und die sind (.) von person zu person sehr
unterSCHIEDlich

hm_hm

(0.4)
```

Der Arzt hebt hier auf dreifache Weise hervor, dass es sich bei der Peritoneal- und der Hämodialyse um zwei gleichwertige möglichkeiten (Zeile 10) handelt: Einerseits habe die Wahl des Verfahrens keinen Einfluss auf die Lebensdauer des Patienten (Zeile 01), weshalb diesbezüglich nicht beurteilt werden könne, ob des eine [...] besser oder das andere [...] SCHLECHter (Zeile 10) sei und die Entscheidung vielmehr von den (.) persönlichen beDÜRFnissen (Zeile 12) des Patienten abhänge. Auf diese Weise zeigt der Arzt auch hier seine Orientierung an den Präferenzen des Patienten, die erneut zur Basis der Entscheidungsfindung erklärt werden und somit mehr Gewicht haben als die im Gespräch zum Ausdruck gekommenen Tendenzen, Bewertungen und Empfehlungen des Arztes. Durch die Betonung, dass die Bedürfnisse wiederum von person zu person sehr unterSCHIEDlich (Zeile 13) seien, bringt der Arzt darüber hinaus zum Ausdruck, dass die Entscheidung für eines der Dialyseverfahren individuell auf den jeweiligen Patienten abgestimmt werden muss und dementsprechend auch nicht den Vermutungen des Arztes, was für den Patienten das Beste sei, überlassen werden sollte. Die Äußerungen des Arztes lassen sich auf diese Weise zum einen als Versuch interpretieren, seine zuvor geäußerte Empfehlung zu relativieren. Gleichzeitig fordert der Arzt den Patienten auf diese Weise dazu auf, eine aktive Rolle bei der Entscheidungsfindung einzunehmen (vgl. Datum 2 sowie Nebling/Fließgarten 2009: 83), indem er dem Patienten zu verstehen gibt, dass die Entscheidung ganz bei ihm liegt und allein von dessen persönlichen beDÜRFnissen (Zeile 12) abhängt – und eben nicht von der zuvor geäußerten Empfehlung des Arztes.

Über diese Bedürfnisse und Präferenzen sind sich der Patient und seine Frau jedoch scheinbar noch nicht ganz im Klaren, weshalb letztere dem Arzt daraufhin erklärt, dass sie und ihr Mann die Entscheidung bezüglich der Therapieform nochmals in Ruhe überdenken wollen:

Fallbeispiel 1, Datum 11: kommt auf uns ZU (15:46-16:00)

```
01 E das is (.) WIRKlich ne entscheidung die man sich
02   (0.21)
03 E überlegen sollte
04   (.) die müssen wir auch HEUte nich treffen (.)
05 A NEE (.) glücklicherweise müssen wir die ja heute nich treffen (.)
06 E ja
```

```
07
     (0.22)
     [nur (.) es is ne entSCHEIdung ]
08 A
     [aber ((unverständlich))
                                       1
     (0.28)
10
11 E
     jа
12 A die (.) irgendwann (.)
13
     [ansteht jetzt
14 E
     [kommt auf uns ZU ]
    ja (.) die irgendwann an [steht ]
16 E
                                 [hm
                                        ] hm:
17
     (0.39)
```

Die Aussage der Frau des Patienten hinsichtlich des Aufschiebens der Entscheidung für eine der vorgestellten Dialyseformen (Zeile 01-04) verstärkt den Eindruck, dass die vorherige Empfehlung des Arztes keinesfalls als Aufforderung aufgefasst wird, sich umgehend für das von ihm vorgeschlagene Dialyseverfahren zu entscheiden. Vielmehr nutzt die Frau des Patienten den Freiraum, der durch die tentative und subjektivierende Formulierung der Empfehlung seitens des Arztes geschaffen wird, um ihr eigenes Anliegen vorzubringen, sich mit der Entscheidung noch etwas Zeit zu lassen (vgl. hierzu auch Heath 1992 sowie Peräkylä 2002). Der Arzt stimmt der Aussage der Frau des Patienten bezüglich des Überdenkens der Entscheidung für eine der vorgestellten Dialyseformen zu (Zeile 05), betont jedoch auch, dass diese nicht allzu lange aufgeschoben werden sollte, sondern *irgendwann ansteht jetzt* (Zeile 12-13). Auf diese Weise gewährt er dem Patienten und seiner Frau den Freiraum, den diese benötigen, um ihre vorläufige Entscheidung gegen eine Peritonealdialyse (vgl. Datum 7, Zeile 33) auf der Grundlage der besprochenen Informationen neu zu überdenken (Zeile 1-4, vgl. auch Datum 8, Zeile 29).

Offene Ausgänge wie hier finden sich auch in vielen weiteren der untersuchten Therapieplanungsgespräche: So wird von den Patienten zumeist nicht erwartet, dass sie sich im Verlaufe des Erst- oder Zweitgesprächs für eines der Dialyseverfahren entscheiden, Ziel des Gesprächs ist vielmehr die Aufklärung des Patienten über die in Frage kommenden Behandlungsmethoden. Dementsprechend verweisen die Ärzte in der Beendigungsphase oftmals auf die Möglichkeit, weitere Gesprächstermine zu vereinbaren und präsentieren sich als ständige Ansprechpartner für eventuelle Rückfragen der Patienten. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch Roberts (1999: 103) im Rahmen ihrer Untersuchungen zu Gesprächen in der Onkologie, indem sie die dort geführten Therapieplanungsgespräche nicht als "final episode in this doctor-patient relationship", sondern vielmehr als "one more step in the patient's process of coming to understand the complexity of her medical situation" beschreibt.

7.1.1.4 Zwischenresümee zur Fallanalyse 1

Um die Rolle ärztlicher Empfehlungen im Entscheidungsprozess nachzuzeichnen, habe ich in dieser ersten Fallanalyse zunächst untersucht, auf welche Weise der Arzt die Behandlungsoptionen, die im Fall dieses Patienten in Frage kommen, vorstellt und wie er auf diesbezügliche Rückfragen und Einwände des Patienten und seiner Frau reagiert. Durch die vermehrt geäußerten Bedenken hinsichtlich der Peritonealdialyse wurden dabei schnell die Dispräferenzen des Patienten und seiner Frau gegenüber diesem Verfahren ersichtlich, wohingegen sich der Umgang des Arztes mit diesen Bedenken vielmehr im Sinne einer Fokussierung der Peritonealdialyse deuten ließ. Erst nachdem der Patient offen seine Ablehnung gegenüber einer Peritonealdialyse verbalisiert, lenkt der Arzt ein, nutzt im Anschluss jedoch eine Rückfrage der Frau des Patienten, um auf die Vorteile der Peritonealdialyse aufmerksam zu machen und diese so erneut in den Fokus des Gesprächs zu rücken. In diesem Rahmen geht er auch ausführlich auf die Nachteile der Hämodialyse ein, was den Patienten wiederum nachdenklich stimmt, ob diese tatsächlich die für ihn geeignetere Behandlungsmethode ist. Aufgrund dieser Unsicherheit fordert die Frau des Patienten vom Arzt schließlich eine Empfehlung in Bezug auf das Dialyseverfahren ein, woraufhin der Arzt seine Präferenz der Peritonealdialyse zum ersten Mal explizit macht, seine Empfehlung dabei jedoch stark modalisiert und auf diese Weise signalisiert, dass er den Patienten damit keinesfalls auf die Wahl der Peritonealdialyse festlegen möchte. Entsprechend führt diese Empfehlung auch nicht dazu, dass der Patient und dessen Frau ihre eigenen Wünsche bezüglich der Therapie zurückstellen, um der Empfehlung des Arztes unmittelbar Folge zu leisten. Vielmehr zeigt sich insbesondere die Frau des Patienten als aktive Partnerin im Entscheidungsprozess, indem sie den Arzt anschließend darauf hinweist, dass sie und ihr Mann die Entscheidung noch nicht jetzt treffen, sondern in Ruhe überdenken wollen.

Obwohl der Arzt seine Empfehlung der Peritonealdialyse hier erst gegen Ende des Gesprächs expliziert, macht sich seine Tendenz hinsichtlich dieser als für den Patienten geeignetes Therapieverfahren schon während des Gesprächs mehrfach bemerkbar, beispielweise durch die Entkräftung diesbezüglicher Vorbehalte des Patienten oder die Fokussierung auf die Vorteile dieses Verfahrens bei gleichzeitiger Nennung der Nachteile der Hämodialyse. Dass der Arzt seine Empfehlung hier also möglichst lange zurückhält und erst auf die Nachfrage der Frau des Patienten hin einbringt, ist vor dem Hintergrund der in Kapitel 5 dieser Arbeit beschriebenen Anforderung, im Fall des Vorliegens mehrerer gleichermaßen indizierter Behandlungsmethoden die Präferenzen und Wünsche des Patienten vorrangig zu beachten und dessen Beeinflussung zu vermeiden, zu verstehen. Gerade auf eine Empfehlung des Arztes scheint es dem Patienten und seiner Frau jedoch anzukommen, da diese die Empfehlung aktiv einfordern und auf diese Weise ihr Verständnis der Rolle des Arztes offenlegen, den sie als medizinischen Berater bzw. als "advisor to guide them" (Roberts 1999: 4) und nicht als neutralen Informationsdienstleister begreifen (vgl. Kap. 3.2).

Trotz des Bemühens des Arztes um Neutralität findet in diesem Gespräch also ein intensiver Austausch zwischen dem Arzt, dem Patienten und dessen Frau statt, in dem die Bedenken des Patienten bzw. seiner Frau, deren Lebensumstände sowie Präferenzen und Dispräferenzen ebenso Platz finden wie die Tendenzen und schließlich die Empfehlung des Arztes. Gerade die Tatsache, dass sich die Vorstellungen des Patienten hinsichtlich eines geeigneten Therapieverfahrens von denen des Arztes unterscheiden, scheint die Diskussion in besonderer Weise zu beleben. So schreiben auch Quill und Brody (1996: 766 f.) über den Mehrwert einer Meinungsverschiedenheit im Kontext ärztlicher Gespräche: "The exchange between two persons who disagree but who both care deeply about what happens to the patient often yields better decisions than those that would have been made by either the physician or the patient independently."

Was jedoch nicht Gegenstand des Gesprächs ist, ist die explizite Begründung des Arztes, weshalb er die Peritonealdialyse für das im Fall des Patienten geeignetere Verfahren hält. Gerade die Nennung von Gründen für ärztliche Meinungen und Handlungen werden jedoch als essentielle Bestandteile in ärztlichen Gesprächen gesehen (vgl. Buttny 1993, Maynard 2004, Parry 2009), da durch diese nicht nur gemeinsame Perspektiven auf die anstehende Entscheidung erarbeitet, sondern auch die Kooperativität des Patienten gesichert werden kann: Denn indem die Gründe und Meinungen des Arztes offengelegt werden, werden diese immer auch zum potenziell verhandelbaren Gegenstand im Gespräch, was dem Patienten wiederum die Möglichkeit offeriert, sich aktiv am Entscheidungsprozess zu beteiligen. So heißt es diesbezüglich auch bei Parry (2009: 836):

In accounting for their diagnostic pronouncements and making their reasoning apparent for patients, doctors balance their medical authority with their accountability to patients. Accounting also works to treat patients as individuals who are — at least potentially — interested in and capable of understanding such matters.

7.1.2 Fallanalyse 2: so eine kleine operation

Bei dem Patienten in dem zweiten untersuchten Therapieplanungsgespräch handelt es sich um einen 72 Jahre alten Mann, bei dem eine fortschreitende Niereninsuffizienz diagnostiziert wurde. Wie der Patient aus dem ersten Fallbeispiel wird auch dieser Patient lediglich ambulant behandelt, das Gespräch findet also auch hier im Besprechungszimmer des Arztes³¹ statt. Im Gegensatz zum ersten Fallbeispiel ist dies jedoch das erste Gespräch, das zwischen dem Arzt und dem Patienten geführt wird, dementsprechend kann der Arzt hier auch, wie sich zeigen soll, weitaus weniger Wissen voraussetzen als dort.

Es handelt sich hierbei um denselben Arzt wie in Fallbeispiel 1.

7.1.2.1 Aufklärung über die Behandlungsoptionen

Zu Beginn des Gesprächs weist der Arzt den Patienten auf dessen Nierenerkrankung hin und spricht die Notwendigkeit einer Therapie an:

Fallbeispiel 2, Datum 1: zukunft (0:45-0:58)

Der Arzt benennt hier zunächst die schlechte[...] nierenfunktion (Zeile 01) des Patienten als Anlass des Gesprächs. Dies präzisiert er anschließend mittels eine Parenthese, in der er die verbleibende Nierenfunktion prozentual angibt (ungefähr noch FÜNFzehn prozent der norMAlen funktion, Zeile 03), um anschließend wieder an die zuvor begonnene Konstruktion anzuknüpfen und den Patienten in einem sehr vagen Duktus auf die Notwendigkeit, diesbezüglich therapeutisch vorzugehen, hinweist (Zeile 04-06). Auf die erforderlichen Therapiemaßnahmen geht der Arzt im Anschluss genauer ein:

Fallbeispiel 2, Datum 2: behandlungskonsequenzen (0:59-1:15)

```
01 A und äh::m:
02   (0.57)
03 A das is SO der zeitpunkt wo man
04   (0.23)
05 A auch beGINnen sollte sich über °h
06   (0.31)
07 A die MÖGlichen: (.) behandlungskonsequenzen geDANken zu machen
08 A (.) und die wären (.) äh (.) ein BLUTwäsche
```

```
09 (0.28)
10 A verfahren (.) ein blutreinigungsverfahren
11 (1.12)
```

Der Arzt charakterisiert hier die zuvor thematisierte, nachlassende Nierenfunktion des Patienten (Datum 1, Zeile 03) als Indikator einer anstehenden Dialysetherapie (Zeile 03 ff.), wobei er den genauen Zeitpunkt des Therapiebeginns offen lässt und stattdessen nur sehr unbestimmt davon spricht, dass man [...] beGINnen sollte sich über °h (0.31) die MÖGlichen: (.) behandlungskonsequenzen geDANken zu machen (Zeile 05-07). Indem der Arzt hier das unpersönliche Pronomen man verwendet, vermeidet er zudem die Benennung des Agens der Handlung, sich geDANKen zu machen, was die Vagheit seiner Formulierung zusätzlich unterstreicht. Anschließend präzisiert er die genannten behandlungskonsequenzen, indem er diese mittels einer konjunktionalen Fortsetzung (Auer 1991) als BLUTwäsche (0.28) verfahren (Zeile 08-10) bzw. als blutreinigungsverfahren (Zeile 10) beschreibt. Hieran schließt sich eine Sequenz an, in welcher der Arzt mit dem Patienten über dessen Vorerkrankung spricht: Denn der Patient leidet unter dem Sjögren-Syndrom, einer Autoimmunkrankheit, bei der die Immunzellen die Tränen- und Speicheldrüsen des Erkrankten angreifen (Pschyrembel 2014: 1882), was wiederum zu Entzündungen in den betroffenen Regionen führen kann. Im Falle des Patienten ist die Krankheit bereits so weit fortgeschritten, dass dieser seine Sehkraft beinahe vollständig verloren hat – eine nicht unerhebliche Einschränkung, die auch bei der Wahl des Dialyseverfahrens von zentraler Bedeutung sein wird, wie sich später zeigen soll. Zunächst klärt der Arzt den Patienten jedoch über die verschiedenen Formen der Dialyse auf, wobei die Darstellungen der Hämodialyse sich in einem zentralen Punkt von der Beschreibung der Peritonealdialyse unterscheidet, wie im Folgenden herausgearbeitet werden soll:

Fallbeispiel 2, Datum 3: ZWEI verfahren (3:45-5:04)

```
01 A es gibt
02   (0.86)
03 A vereinfacht (.) ZWEI verfahren die in frage kommen
04   (0.41)
05 A das eine verfahren is ein verfahren
06   (0.57)
07 A äh: des heißt HÄmodialyse
08 P °hhh äh:: verfahren andere wort
09 A äh (.) eine beHANDlung
10   (0.2)
```

```
11 P ja
12
  (0.25)
13 A es gibt zwei behandlungen
14 P (.) ja
15 A des eine mit ner maSCHIne
    (0.74)
17 P hm hm
18
    (0.27)
19 A °hh und des andere (.) OHne maschine
20
    (0.51)
21 A mit (.) über einen katheter im BAUCH
    (0.24)
23 A des is eine BAUCHfelldialyse
24
    (0.7)
25 P hm hm
    (0.5)
27 A die maSCHInendialyse
28 P hm hm
29
    (0.32)
30 A findet
    (0.32)
32 A drei mal (.) die woche
33
    (0.31)
34 P hm hm
35 A im dialysezentrum statt
36
    (0.46)
37 P hm hm (.)
38 A das heißt sie kommen von zuHAUse drei mal die woche
     °h und müssen (.) drei mal die woche (.) etwa vier
     einhalb stunden
    (0.32)
39
40 A an der künstlichen niere
    (0.62)
41
42 A eine blutwäsche bekommen
   (1.47)
44 A das is die EIne behandlung
```

```
(0.31)
45
    ja [und äh °hh
                                  1
        [die andere behandlung zu] HAUse
48
     (0.44)
49 A is ne sogenannte (.) BAUCHfelldialyse
     (0.21)
51 A des BAUCHfell is (.) °h äh:m
52
     (0.52)
53 A is äh (.) DIE haut (.) die ihre organe umkleidet im
     bauchraum
54
     (0.32)
55 A und ähm (.) dieses (.) bauchfell
     (0.24)
56
57 A is in der lage
58
     (0.3)
59 A äh (.) STOFfe zu transportieren
     (0.37)
60
61 A und is auch in der lage (.) °h ähm:
62
     (0.42)
63 A äh::
     (0.21)
65 A als (.) als SCHUTZ zu dienen (.) ähm (.) und (.) ähm
     einen stoffausgleich zu erMÖGlichen
     (0.35)
```

Einleitend weist der Arzt den Patient zunächst auf die grundsätzliche Möglichkeit hin, zwischen zwei Formen der Dialyse zu wählen (Zeile 01-03). Nach der Klärung eines Verständigungsproblems den Ausdruck *verfahren* (Zeile 03 und 05) betreffend (Zeile 08-12), das darauf zurückzuführen ist, dass Deutsch nicht die Muttersprache des türkischstämmigen Patienten ist, ³² gibt der Arzt diesem erläuternde Ausführungen zu der Hämo- sowie der Peritonealdialyse (Zeile 15 ff.). Hierbei weist er zunächst auf den grundlegenden Unterschied zwischen diesen beiden Verfahren hin, der darin besteht, dass die Hämodialyse mittels einer *maSCHIne* (Zeile 15) durchgeführt wird, während man die Peritonealdialyse *über einen katheter im BAUCH* (Zeile 21) ausführt. Anschließend geht der Arzt näher auf die Hämodialyse ein (Zeile 27-44), indem er die Abläufe dieses Verfahrens darstellt und dem Patienten in diesem Rahmen Informationen

So ist die Muttersprache des Patienten Türkisch, wobei seine Deutschkenntnisse ausreichen, um das Gespräch ohne Dolmetschung zu führen.

zur Häufigkeit (Zeile 32), zum Ort (Zeile 35) und zur jeweiligen Dauer der Behandlungen (Zeile 38) gibt. Abgesehen von der Substitution des Ausdrucks Maschinen- bzw. Hämodialyse durch den Ausdruck künstliche[...] niere (Zeile 40), an welcher der Patient eine blutwäsche bekomm[t] (Zeile 42), erhält der Patient hier jedoch keine Auskünfte über die medizinisch-technischen Hintergründe dieses Verfahrens, vielmehr beziehen sich die Ausführungen des Arztes auf die konkreten Behandlungsabläufe (vgl. insbesondere Zeile 38-42: das heißt sie kommen von zuHAUse drei mal die woche °h und müssen (.) drei mal die woche (.) etwa vier ein halb stunden [...] eine blutwäsche bekommen). Der Patient ratifiziert diese Ausführungen des Arztes durch die regelmäßige Wiederholung des Rückmeldesignals hm_hm (Zeile 17, 25, 28, 34 und 37), das hier in allen Fällen aufgrund des fallend-steigenden Tonmusters eindeutig als continuer interpretiert werden kann (Gardner 2003: 18) und dem Arzt dementsprechend zu verstehen gibt, dass der Patient seinen Ausführungen aufmerksam folgt und selbst keinen eigenen Turn zu übernehmen gedenkt (vgl. ebd.). 33 Durch die Formulierung das is die Elne behandlung in Zeile 44 markiert der Arzt schließlich den Abschluss seiner Ausführungen zur Hämodialyse, was der Patient nun offensichtlich als transition relevance place (Sacks/Schegloff/Jefferson 1974) versteht und im Anschluss an eine kurze Pause (Zeile 45) das Rederecht zu übernehmen versucht (Zeile 46). Dies unterbindet der Arzt jedoch, indem er simultan zu der Redeübernahme des Patienten seine Ausführungen fortsetzt und nun auf die Peritonealdialyse zu sprechen kommt. Der Patient bricht seine Äußerung daraufhin ab, stellt jedoch seine Rückmeldeaktivität im Anschluss an diesen missglückten Simultanstart bis auf Weiteres ein (vgl. Zeile 48 ff.). In den sich anschließenden Erläuterungen des Arztes zur Peritonealdialyse geht dieser nun genau auf die Funktionen des Bauchfells als natürliche Dialysemembran ein (Zeile 51-65), indem er dieses zunächst im bauchraum (Zeile 53) lokalisiert und anschließend sowohl auf dessen Funktion, STOFfe zu transportieren (Zeile 59), als SCHUTZ zu dienen (Zeile 65) sowie einen stoffausgleich zu erMÖGlichen (Zeile 65), verweist.

Interessant sind in dieser Sequenz zweierlei Aspekte: Zum einen schließt sich dieser Transkriptausschnitt, wie oben dargelegt, an die Thematisierung der Autoimmunerkrankung des Patienten an, aufgrund derer er sein Augenlicht fast vollständig verloren hat. Somit erfüllt der Patient eine wichtige Voraussetzung für die Peritonealdialyse – die ja in der Regel vom Patienten selbst durchgeführt wird – nicht, nämlich, um die Worte des Arztes aus dem ersten Fallbeispiel aufzugreifen, *n bisschen gucken [zu] können* (Datum 7, Zeile 27 sowie Kap. 6.2).³⁴ In Anbetracht dessen scheint es zunächst durchaus be-

_

Gleichzeitig lassen sich vermehrte Rückmeldeaktivitäten oft auch als Signalisierung des Interesses an der Übernahme des Rederechts interpretieren (vgl. White 1989), was auch hier sehr gut denkbar wäre, da der Patient im Anschluss versucht, das Rederecht zu übernehmen (Zeile 46).

Denkbar wäre eine Peritonealdialyse im Fall dieses Patienten also nur dann, wenn diese von einem Verwandten des Patienten oder einem Pflegedienst durchgeführt werden würde. Da die Peritonealdialyse jedoch etwa alle drei bis vier Stunden durchgeführt werden muss, wäre dies für die betreuende Person ein sehr zeitintensives und beanspruchendes Unterfangen und im

merkenswert zu sein, dass der Arzt die Peritonealdialyse hier trotzdem als Behandlungsoption vorstellt und den Patienten sogar in einiger Ausführlichkeit über die medizinischen Hintergründe dieses Verfahrens aufklärt. Auf diese Weise präsentiert er sich als ehrlich im Umgang mit den Informationen zu den einzelnen Behandlungsmethoden, die er dem Patienten hier ungeachtet dessen persönlicher körperlicher Einschränkungen zukommen lässt.

Bei genauerer Betrachtung der Erläuterungen zur Peritonealdialyse und den vorausgehenden Erklärungen zur Hämodialyse fällt jedoch ein zentraler diesbezüglicher Unterschied ins Auge: Während der Arzt dem Patienten im Rahmen der Vorstellung der Peritonealdialyse ausschließlich medizinisch-fachliche Informationen zur Funktion des Bauchfells zukommen lässt, fokussiert er sich in seinen Ausführungen zur Hämodialyse auf die konkreten Behandlungsabläufe dieses Verfahrens. Der Arzt scheint im Fall der Hämodialyse gedanklich also schon einen Schritt weiter zu sein als im Fall der Peritonealdialyse, indem er den Schritt der Informierung des Patienten bezüglich der medizinischen Hintergründe dieses Verfahrens gewissermaßen "überspringt" und den Patienten stattdessen genau darüber aufklärt, was die Wahl dieses Verfahrens für ihn und seine Lebensumstände bedeuten würde. Indem der Arzt dem Patienten im Fall der Peritonealdialyse hierüber keine Auskunft erteilt, enthält er ihm jedoch die für den Entscheidungsfindungsprozess zentrale Informationen vor: Denn so ist davon auszugehen, dass Patienten ihre Entscheidung für eines der Dialyseverfahren in erster Linie von den jeweiligen Behandlungsabläufen und den damit verbundenen Bedingungen, Pflichten und Einschränkungen abhängig machen und weniger von den zugrundliegenden medizinischtechnischen Vorgängen (vgl. hierzu auch Reiter 2011)³⁵. Dass es dem Patienten gerade hierauf anzukommen scheint, zeigt auch der folgende Transkriptausschnitt, der sich an die Ausführungen es Arztes zur Peritonealdialyse anschließt:

Fallbeispiel 2, Datum 4: !ÜB!licherweise (06:06-06:23)

Falle eines Pflegedienstes eine sehr kostspielige Angelegenheit für den Patienten, da diese nicht von der Krankenkasse übernommen wird.

Dies zeigt sich auch daran, dass die Information zu den medizinisch-technischen Abläufen der Hämodialyse nicht vom Patienten eingefordert werden, wohl aber die Informationen zu dem konkreten Behandlungsablauf der Peritonealdialyse. Grundlage für die Entscheidung seitens des Patienten scheinen also vorrangig letztere zu sein.

```
07 A drei bis VIER mal so eine (.) äh einen wechsel machen
08 das heißt sie sind jeden tag eine (.) etwa (.)
vielleicht anderthalb stunden beSCHÄFtigt
```

Der Patient erbittet hier in Zeile 01 genauere Auskünfte zur Peritonealdialyse, auf die er, wie oben dargelegt, als Basis seiner Entscheidungsfindung und auch als Basis eines Vergleichs der beiden vorgestellten Dialyseverfahren angewiesen ist. In seiner Antwort (Zeile 03-08) geht der Arzt über die erfragte Dauer der Peritonealdialyse hinaus, indem er sowohl Angaben zum Ort (Zeile 03), der Länge (Zeile 04), der Häufigkeit (Zeile 07) sowie der täglich dafür benötigten Zeit (Zeile 08) macht. Außerdem weist der Arzt den Patienten darauf hin, dass die Peritonealdialyse von diesem selbst durchgeführt wird (Zeile 03) – ein Punkt, der für den Patienten von zentraler Bedeutung und letztendlich – wie sich später zeigen soll – ausschlaggebend für dessen Entscheidung ist.

Vergleicht man diese Sequenz mit den entsprechenden Ausführungen des Arztes zur Hämodialyse, fällt zudem auf, dass der Arzt diese durchgehend im Indikativ formuliert (Datum 3, Zeile 27-40) und somit als gegeben hinstellt (vgl. Duden/ Bedeutungswörterbuch 2009: 501), während er hier – neben dem Indikativ – auch auf den Konjunktiv, die Möglichkeitsform, zurückgreift (Zeile 05) und auf diese Weise den Wirklichkeitswert der Aussage abschwächt (vgl. ebd.). Durch den starken Fokusakzent auf der Silbe !ÜB! des Wortes !ÜB!licherweise (Zeile 03) wird der dadurch entstehende Eindruck, dass der Arzt eine Peritonealdialyse im Fall des Patienten für weniger praktikabel hält, zusätzlich verstärkt, indem der Arzt auf diese Weise markiert, dass es sich hierbei um allgemeine Informationen zur Peritonealdialyse handelt, die jedoch möglicherweise nicht auf den Fall des Patienten zu beziehen sind (vgl. Hebig/Helbig 1993: 210 f.). So zeigt sich in diesen Ausführungen des Arztes zur Dauer und Durchführung der Peritonealdialyse in besonderer Weise, was sich bereits auf der Grundlage der Analyse des vorausgehenden Transkriptausschnitts angedeutet hat, nämlich, dass er die Hämodialyse im Fall des Patienten für das geeignetere Verfahren hält. Diesen Eindruck scheint auch der Patient zu haben, wie die Sequenz zeigt, die im Folgenden analysiert werden soll. Diese schließt sich an weiterführende Informationen des Arztes zur Peritonealdialyse an, in denen dieser insbesondere auf den Aspekt eingeht, dass dieses Verfahren in der Regel von den Patienten selbst durchgeführt wird.

7.1.2.2 Die Empfehlungssequenz

Fallbeispiel 2, Datum 5: besser maschinen (10:50-11:05)

```
01 P °h ja und wie wie (.) wie MACHT man wahrscheinlich
   besser maschinen äh (.) w_weil °hh

02 A es is für sie vielleicht EINfacher

03 °h ich weiß nich wie (.) in welchem (.) äh (.)
   wie WOHnen sie denn zuhause
```

```
04 (0.61)
05 A ham sie eine eigene WOHnung
```

Der Patient unternimmt hier den Versuch, die bisherigen, allgemein gehaltenen Informationen zur Hämo- und der Peritonealdialyse konkret auf sich und seine Situation zu beziehen und daraus entsprechende Handlungsobligationen abzuleiten (Zeile 01). In seiner Schlussfolgerung, dass die Hämodialyse in seinem Fall das adäquatere Behandlungsverfahren wäre (MACHT man wahrscheinlich besser maschinen, Zeile 01), manifestiert sich sein Verständnis der vorausgehenden Ausführungen des Arztes (Datum 3 und 4): Denn obwohl der Arzt sich bisher noch nicht explizit zu dem Vorzug eines der besprochenen Verfahren geäußert hat, scheint der Patient dessen Tendenz bezüglich der Hämodialyse, die durch die Art der Informationsweitergabe (vgl. Roberts 1999: 107) sowie die Formulierung der Behandlungsmethoden (s. o.) erkennbar wurde, durchaus bemerkt zu haben. Durch seine Folgerung hinsichtlich der Hämodialyse als vorzuziehendes Verfahren (Zeile 01) fordert der Patient nun vom Arzt ein, diese Tendenz explizit zu machen und eine diesbezügliche Empfehlung auszusprechen. Der Patient setzt zunächst selbst dazu an, Gründe für den Vorzug der Hämodialyse zu nennen (äh (.) w_weil °hh, Zeile 01), wird dabei jedoch vom Arzt unterbrochen, der die Hämodialyse bestätigend als das im Fall des Patienten einfachere Verfahren charakterisiert (Zeile 02). Diese Empfehlung schwächt er jedoch durch das modale Adverb vielleicht (Zeile 02) ab und beschränkt die Gültigkeit seiner Aussage durch die Präpositionalphrase für sie (Zeile 02) explizit auf den Fall des Patienten. Ohne dies jedoch weiter auszuführen, geht der Arzt anschließend direkt dazu über, die Wohnsituation des Patienten als weitere Voraussetzung für die Peritonealdialyse (vgl. Fallanalyse 1, Datum 4) zu überprüfen, indem er dem Patienten Fragen zu dessen wohnlichen Verhältnissen stellt (Zeile 03-04). Da der Patient seinen nachfolgenden Ausführungen zufolge in einer großen und auch trockenen Mietwohnung lebt, stellt zumindest die Wohnsituation keinen Hinderungsgrund für die Peritonealdialyse dar - wohl aber die geringe Sehkraft des Patienten, die der Arzt anschließend zur Sprache bringt:

Fallbeispiel 2, Datum 6: n riesen probLEM (12:48-13:25)

```
01 (0.33)
02 A das problem bei der sache is
03 (0.6)
04 A sie SELBER
05 (0.54)
06 A werden_s nich machen können
    weil sie können_s nich SEHen
07 (1.09)
08 P ja
```

```
09
     (0.49)
10 P das stimmt
11
     (0.35)
12 A das is n riesen probLEM
13
     (0.26)
14 P ja h°
15 A das müsste ihre FRAU für sie machen
16
     (0.82)
17 P hm hm
18 A also ihre frau: müsste (.) SO fit sein (.)
     dass sie das alles (.) geschult bekommt
19 P °hh wahr[scheinlich ja
20 A
              [da is das zweite ] problem (.)
     wenn ihre frau KRANK is
21
     (0.51)
22 A müssen sie ins KRANkenhaus (.)
     denn dann macht sonst keiner die BLUTwäsche
23
     (0.38)
24 A und ohne die blutwäsche
25
     (1.59)
26 P o[kay ]
27 A
     [geht ]nix
28
     (0.28)
29 P [°hhh
                                 lokay h°
30 A [((schmatzt)) is n problem ]
31 A oder (.) ähm::
32
     (0.55)
33 P o[kay]
      [des ]wird SCHWIErig werden
35
     (0.79)
36 P okay
```

Der Arzt weist den Patienten hier auf den Umstand hin, dass dieser die Peritonealdialyse aufgrund seiner Sehbehinderung nicht selbst durchführen kann (Zeile 04-06), da es sich bei dieser Dialyseform ja, wie bereits deutlich wurde, um ein Verfahren handelt, das in der Regel vom Patienten selbst bewerkstelligt werden muss. Die damit verbunde-

ne Problematik bringt der Arzt hier auch mehrfach zum Ausdruck, 36 indem er zunächst einleitend das problem bei der sache (Zeile 02) ankündigt und die Sehbehinderung des Patienten bezüglich der Peritonealdialyse anschließend als riesen probLEM (Zeile 12) bezeichnet, den zuvor bereits verwendeten Ausdruck probLEM also durch die Verstärkungspartikel riesen intensiviert und die Sehbehinderung des Patienten auf diese Weise als nahezu unüberwindbare Hürde darstellt. Der Patient stimmt dem Arzt mehrfach zu (Zeile 08, 10, 14), woraufhin dieser die Möglichkeit anspricht, dass die Frau des Patienten³⁷ die Durchführung der Peritonealdialyse übernehmen könnte (Zeile 15), jedoch anschließend gleich zwei Gründe nennt, die diesbezüglich abzuwägen sind: So müsste zum einen die Frau des Patienten selbst in einer Verfassung sein, die es ihr ermöglicht, die Dialyse bei ihrem Mann durchzuführen (Zeile 18). 38 Der Patient hält dies zwar für wahrscheinlich (Zeile 19), wird jedoch vom Arzt unterbrochen, der seine Ausführungen fortsetzend auf das zweite problem (Zeile 20) hinweist, nämlich die Umstände, die ein Krankheitsfall der Frau nach sich ziehen würde: Denn dann bestünde die Notwendigkeit eines stationären Aufenthalts des Patienten im Krankenhaus (Zeile 20-22), wo die Dialyse von Pflegekräften durchgeführt werden müsste (vgl. Gerberth/Nowack 2011: 17). Der Arzt führt dem Patienten anschließend die unbedingte Notwendigkeit eines regelmäßigen Dialyseverfahrens vor Augen (ohne die blutwäsche [...] geht nix, Zeile 24-27), was ihn erneut dazu veranlasst, auf die mit der Peritonealdialyse verbundene Problematik hinzuweisen (Zeile 30 und 34). Diese Ausführungen quittiert der Patient mehrfach mit okay (Zeile 26, 29, 33 und 36), wobei sich diese Rückmeldepartikeln aufgrund der jeweils fallenden Intonation einerseits als Signalisierung von Akzeptanz interpretieren lassen, gleichzeitig aber auch anzeigen, dass das Thema in den Augen des Patienten abgeschlossen ist (vgl. Gaines 2011: 3297)³⁹, dass dieser also akzeptiert, dass die Peritonealdialyse in seinem Fall kein geeignetes Verfahren ist und dementsprechend zur Besprechung der Hämodialyse als Verfahren der Wahl übergangen werden kann. Da der Arzt diese Signale jedoch nicht zu beachten scheint, sondern vielmehr mit der Betonung der mit der Peritonealdialyse verbundenen Problematik fortfährt (Zeile 30 und 34) – die der Patient übrigens bisher mit keinem Wort als das von ihm favorisierte Verfahren bezeichnet hat – leitet der Patient anschließend selbst zur Besprechung der Hämodialyse über:

³⁶ Diese mehrfache Markierung der Sehbehinderung des Patienten als Problem legt auch die Interpretation nahe, dass der Arzt mit der Frage nach der Wohnsituation des Patienten (Datum 5, Zeile 03-05) viel eher einen weiteren Ausschlussgrund hinsichtlich der Peritonealdialyse gesucht hat, der es legitimieren würde, diese als Behandlungsoption endgültig zu verwerfen, als dass er diese hier tatsächlich als praktikables Verfahren in Betracht zieht: Denn selbst bei besten wohnlichen Voraussetzungen bleibt die geringe Sehkraft des Patienten ein äußerst problematischer Aspekt bezüglich der eigenständig durchzuführenden Peritonealdialyse.

³⁷ Von der Frau des Patienten hat der Arzt aus der vorausgehenden Besprechung der Wohnsitua-

³⁸ Ob der Arzt sich hier mit dem Adjektiv fit (Zeile 18) auf den mentalen oder den gesundheitlichen Zustand (oder beides) bezieht, geht aus dieser Sequenz jedoch nicht eindeutig hervor. 39

Auch die Häufigkeit und der kurze Abstand zwischen den vier okay[s] legen diese Interpretation nahe.

Fallbeispiel 2, Datum 7: ich hab_s so verstanden (13:27-13:39)

```
01
     (0.44)
02 P ich h°
03
     (0.79)
04 P ich hab s so verstanden dass SIE (.) ähm empfehlen
     mir
     (0.49)
05
06 P die: (.) maSCHInen
07
     (0.21)
08 A ich GLAUbe [in ihrem fall] wär s wahrscheinlich
     einfacher
09 P
                 [blutwäsche
                               ]
10
     (0.4)
11 P hm hm
12 A die: (.) dialyse an der maSCHIne zu machen
13 P hm hm (.) hm hm
14
     (1.02)
```

Noch deutlicher als in Datum 5 bringt der Patient hier mittels einer expliziten Verstehensthematisierung (Deppermann/Schmitt 2008: 223 f.) sein Verständnis der bisherigen Ausführungen des Arztes zum Ausdruck: ich hab_s so verstanden dass SIE (.) ähm empfehlen mir (0.49) die: (.) maSCHInen [...] blutwäsche (Zeile 04-09). Der Patient schreibt dem Arzt hier also zu, durch seine bisherigen Ausführungen implizit eine Empfehlung hinsichtlich der Hämodialyse gegeben zu haben, womit er gleichzeitig eine diesbezügliche Stellungnahme des Arztes einfordert. Die Aussage des Arztes aus Datum 5, dass es sich bei der Hämodialyse um das vielleicht einfacherer[e] (Zeile 02) Verfahren handelt, scheint dem Patienten also noch zu unbestimmt gewesen zu sein, dementsprechend vergewissert er sich hier nun, ob die Hämodialyse tatsächlich das für ihn geeignete Therapieverfahren ist. Wie oben bereits angedeutet, greift er auf diese Weise aktiv in den Gesprächsverlauf ein, indem er nicht nur das Thema des Gesprächs wechselt, also die Besprechung der Peritonealdialyse beendet und die der Hämodialyse initiiert, sondern zugleich in die nächste Phase des Gesprächs überleitet, nämlich die Erörterung der weiteren Behandlungsschritte, die auf die Phase der Vorstellung und Besprechung der Therapiemöglichkeiten folgt (vgl. Kap. 6.1). Der Patient zeigt sich auf diese Weise als aktiver Partner im Entscheidungsprozess und schafft gleichzeitig die Voraussetzung für die nachfolgende Empfehlung des Arztes, indem er diese durch sein Insistieren als erwünschte und somit auch legitime Handlung markiert.

Der Arzt reagiert hierauf nun, indem er die Hämodialyse wie auch in Datum 5 als das einfachere Verfahren bewertet (Zeile 08). Der Unterschied zu seiner dortigen Aussage

liegt indes in der epistemischen Modalisierung der jeweiligen Äußerungen: Denn während er die Hämodialyse in Datum 5 als das *vielleicht einfacherer[e]* Verfahren (Zeile 02) beschreibt, bewertet er selbiges hier als *wahrscheinlich einfacher* (Zeile 08) und erhöht auf diese Weise die Intensität bzw. das Gewicht seiner Empfehlung. ⁴⁰ Dennoch schwächt er diese auch hier durch die Beschränkung von deren Geltungsbereich auf den Patienten (*in ihrem fall*, Zeile 08, vgl. hierzu auch Datum 5, Zeile 02), durch die konjunktivistische Formulierung sowie durch die subjektivierende Matrix-Konstruktion *ich GLAUbe* (Zeile 08) ab. Der Patient ratifiziert die Empfehlung des Arztes indes mehrfach durch die Rückmeldepartikel *hm_hm* (Zeile 11 und 13), die sich hier als Signalisierung von Einverständnis interpretieren lassen (vgl. Fiehler 2009: 1216).

In seinen anschließenden Ausführungen geht der Arzt auf die für die Hämodialyse notwendigen Vorbereitungsmaßnahmen ein und orientiert sich auf diese Weise an dem vom Patienten vorgenommenen Themenwechsel (s. o.). In diesem Rahmen bringt er auch die Operation zur Einrichtung eines Dialyseshunts zur Sprache, der für die Durchführung der Hämodialyse erforderlich ist:

Fallbeispiel 2, Datum 8: irgendwann relativ BALD (16:22-16:46)

```
01 A man SOLLte
02
     (1.65)
03 A jetzt irgendwann relativ BALD
04
     (0.45)
05 A wenn (.) wir zu dem (.) äh (.) ergebnis kommen
     dass DAS für sie des richtige dialyseverfahren WÄre
06
     °h sollte man diese operaTION machen
07
     (1.25)
08 A des muss nich HEUte sein des muss nich MORgen sein
     (0.27)
10 A es muss nich
11
     (0.51)
12 A nächste WOche sein
13
     (0.6)
14 A aber vielLEICHT (.) sollte es in (.) den nächsten:
     eins zwei monaten sein
15
     (1.04)
```

Vgl. hierzu auch das *GRADE system* von Guyatt et al. (2008), das Empfehlungen nach deren "Stärke" auf einer Skala von *strong* bis *weak* klassifiziert.

Der Arzt weist den Patienten hier darauf hin, dass die Operation zur Implementierung des Dialyseshunts in absehbarer Zeit durchgeführt werden sollte (Zeile 01 ff.), wobei er den Zeitpunkt der Operation bewusst offenhält (jetzt irgendwann relativ BALD, Zeile 03, vgl. auch Zeile 08-14). Durch den parenthetischen, konditionalen Nebensatz wenn (.) wir zu dem (.) äh (.) ergebnis kommen dass DAS für sie des richtige dialyseverfahren WÄre in Zeile 05 suggeriert er, dass die Entscheidung für das Dialyseverfahren nach wie vor offen ist, dieser Eindruck wird durch die konjunktivistische Formulierung (WÄre) verstärkt. Auf diese Weise vermeidet es der Arzt, dem Patienten das Gefühl zu geben, vor vollendete Tatsachen gestellt zu werden, was insbesondere in Anbetracht der Tatsache, dass der Patient sein Einverständnis mit der Hämodialyse bislang noch nicht explizit formuliert hat, sondern seine Zustimmung lediglich aufgrund seines aktiven Rückmeldeverhaltens erschließbar war (vgl. Datum 6 und 7), sinnvoll ist. 41 Die konditionale Parenthese des Arztes zeichnet sich darüber hinaus durch die Verwendung der Pronomens wir (Zeile 05) aus, mit dem der Arzt auf eine gemeinsame Entscheidungsfindung verweist (wenn (.) wir zu dem [...] ergebnis kommen), außerdem nimmt der Arzt hier zum ersten Mal Bezug auf das richtige dialyseverfahren (Zeile 05), während er die Hämodialyse- trotz der Frage des Patienten nach dem besseren Verfahren (vgl. Datum 5, Zeile 01) bisher lediglich als das einfachere Verfahren (vgl. Datum 5 und 7) bezeichnet hat.

Anschließend betont der Arzt erneut, dass hinsichtlich der anstehenden Operation kein Grund zur Eile besteht (Zeile 08-14), setzt hierfür jedoch abschließend einen Zeitraum innerhalb der folgenden *ein zwei monate* (Zeile 14) an. Nachdem der Arzt den Patienten im Anschluss über den genauen Ablauf der Operation informiert hat, bittet der Patient ihn in dem Transkriptausschnitt, der im Folgenden analysiert werden soll, um eine Empfehlung bezüglich der weiteren Vorgehensweise:

Fallbeispiel 2, Datum 9: was emPFEHlen sie mir (21:03-21:29)

```
01 P h° °hh wie (.) und äh was (.) was haben sie mir (.)
02 äh was °hhh was emPFEHlen sie mir hh°
03 A ich würde emPFEHlen dass man
04 (1.06)
05 A muss nich soFORT sein aber
06 (0.66)
07 A möglichst noch (.) im nächsten MOnat (.) im apRIL
08 P (.) °h ja
09 A so eine operation macht (.) so eine kleine operation
```

Dementsprechend kann auch die längere Pause, die sich diesen Ausführungen des Arztes anschließt (Zeile 07), als ein *transition relevance place* interpretiert werden.

```
10 am [arm ]
11 P    [un bei ]ihnen h°
12  (0.2)
13 A ja (.) in der °h i_in der gefäßchirurgie (.)
14    einen stock tiefer
15 P °hhh
16  (0.36)
17 P °hh ja
```

Die Frage des Patienten nach einer Empfehlung des Arztes hinsichtlich der bevorstehenden Behandlungsschritte zeichnet sich durch zahlreiche Verzögerungssignale, Pausen und Konstruktionsabbrüche aus (Zeile 01-02), was jedoch weniger auf eine Unsicherheit des Patienten, sondern im Hinblick auf das gesamte Gespräch auch auf eine sprachliche Barriere zurückzuführen ist (vgl. etwa Datum 3). Dass der Patient hier bereits zum dritten Mal in diesem Gespräch eine Empfehlung des Arztes einfordert bzw. evoziert, zeigt deutlich dessen Orientierung an der Meinung des Arztes an, die der Patient in diesem Gespräch nicht nur zur Basis seiner Entscheidung für eines der beiden Dialyseverfahren macht, sondern offensichtlich auch der Planung der weiteren Behandlungsschritte zugrunde legen möchte.

Den Wunsch von Patienten nach Empfehlungen, welche die konkrete Gestaltung der nächsten Behandlungsschritte betreffen, stellt indes auch Stivers (2005a) in ihren Untersuchungen zu pädiatrischen Gesprächen fest: So fordern die Eltern von Patienten insbesondere dann Empfehlungen ein, wenn die Ärzte in ihren Ausführungen keine konkreten Angaben zu künftigen Behandlungsschritten machen. Patienten bzw. deren Eltern erwarten also im Anschluss an die Diagnose meist auch eine konkrete Lösung für ihre medizinischen Probleme, wohingegen allgemein gehaltene bzw. unspezifische, nicht individuell auf den Patienten bezogene Erläuterungen oft als unzureichend empfunden werden. Da auch die vorausgehenden Ausführungen des Arztes zu den Vorbereitungsmaßnahmen für die Hämodialyse recht allgemein gehalten und nicht speziell auf den Fall des Patienten bezogen sind, lässt sich seine Bitte nach einer diesbezüglichen Empfehlung im Sinne Stivers (2005a: 956) dementsprechend als "request for [...] a relevant next activity" verstehen.

Der Arzt kommt dieser Bitte des Patienten unverzüglich nach und setzt in Zeile 03 zu einer Empfehlung an (*ich würde emPFEHlen dass man*). Wie auch in dem vorherigen Fallbeispiel wird diese durch die konjunktivistische und subjektivierende Formulierung *ich würde* (Zeile 03) eingeleitet, und auch hier greift der Arzt auf das unpersönliche Pronomen *man* (Zeile 03) zurück (vgl. Datum 03), das generalisierend wirkt und die Verbindlichkeit der Empfehlung auf diese Weise zusätzlich abschwächt (vgl. Holly 1979: 213). Nach einer Pause in Zeile 04 unterbricht der Arzt zunächst die in Zeile 03 begonnene Konstruktion, um mittels einer Parenthese darauf hinzuweisen, dass die Ent-

scheidung keine besondere Eile erfordere (*muss nich soFORT sein*, Zeile 05). Nach einer weiteren Pause (Zeile 06) knüpft der Arzt an die in Zeile 03 begonnene Konstruktion an: *möglichst noch* (.) *im nächsten MOnat* (Zeile 07), wobei er diese Aussage durch die unmittelbar anschließende Expansion *im april* (Zeile 07) präzisiert. Nach einem kurzen Rückmeldesignal des Patienten in Zeile 08 führt der Arzt die Konstruktion schließlich zu Ende: *so eine operation macht*. Mittels einer weiteren Expansion konkretisiert er daraufhin den Ausdruck *operation: so eine kleine operation am arm* (Zeile 09-10). Der Patient erkundigt sich daraufhin, ob diese Operation *bei ihnen* (Zeile 11) ausgeführt würde, wobei er sich damit einerseits auf den Arzt selbst oder das Krankenhaus, in dem der Arzt arbeitet, beziehen kann. Der Arzt klärt ihn daraufhin über den Ort der Operation auf (Zeile 13), was der Patient nach einer Pause mittels eines kurzen Rückmeldesignals (Zeile 17) quittiert.

Die Empfehlung des Arztes zeichnet sich hier, noch deutlicher als im ersten Fallbeispiel, durch Subjektivierungen (*ich würde*), Heckenausdrücke (*so*, Zeile 09) sowie durch zahlreiche Verzögerungssignale und Pausen aus, durch die der Arzt seine Äußerungen als persönliche Einschätzung rahmt und dem Patienten auf dieser Weise zu verstehen gibt, dass es sich hierbei um keine Anweisung, sondern eben um eine Empfehlung (vgl. auch Zeile 03: *ich würde empfehlen*) handelt. Auf diese Weise gelingt es dem Arzt, eine Balance herzustellen zwischen den ethisch-rechtlichen Anforderungen, die Entscheidung über die Behandlungsoption dem Patienten zu überlassen einerseits und dem Bedürfnis des Patienten nach Unterstützung und Beratung im Entscheidungsprozess andererseits.

Nachdem der Arzt dem Patienten auf dessen Bitte hin durch seine Empfehlung bereits die Operation als nächsten wichtigen Behandlungsschritt aufgezeigt hat, spricht er in der Abschlussphase des Gesprächs nun die Möglichkeit an, hierfür einen Termin zu vereinbaren:

7.1.2.3 Der weitere Gesprächsverlauf

Fallbeispiel 2, Datum 10: termin ausmachen (27:57-28:08)

08 (0.45)

09 A und dann könnte man auch gleich einen termin
 ausmachen

Der Arzt unterbreitet dem Patienten hier Vorschläge hinsichtlich der weiteren Vorgehensweise, nämlich die Vorstellung bei den Gefäßchirurgen (Zeile 03) sowie die Vereinbarung eines Operationstermins (Zeile 09) und konkretisiert auf diese Weise seine Ausführungen zu den künftigen Behandlungsschritten aus Datum 9. Ähnlich wie bereits in Datum 8 (Zeile 05) vergewissert der Arzt sich auch hier mit einer konditionalen Parenthese explizit des Einverständnisses des Patienten (WENN sie mit der operation einverstanden WÄren, Zeile 04), das er hierdurch als Voraussetzung der weiteren Verfahrensweise markiert. Auf diese Weise zeigt er deutlich seine Orientierung an den Wünschen und Bedürfnissen des Patienten und sein Bemühen um die Vermeidung von dessen Fremdbestimmung an. Gleichzeitig ist das Einverständnis des Patienten, so Stivers (2005a: 955), für den Arzt jedoch immer auch ein notwendiges Signal, um mit dem Gespräch fortfahren zu können. Dementsprechend stellen auch Nothdurft/Reitemeier/ Schröder (1994: 14) im Rahmen ihrer Untersuchungen zu Beratungsgesprächen fest, dass Empfehlungen bzw. Lösungsvorschlägen stets ein Aufforderungscharakter innewohnt: So wird vom Ratsuchenden erwartet, die Empfehlung zu ratifizieren, denn "die Phase der Lösungsentwicklung und -verarbeitung ist erst dann abgeschlossen, wenn der Ratsuchende zu erkennen gibt, dass er den Vorschlag [...] in seine Handlungsorientierungen zu übernehmen gedenkt". Bezogen auf diese Notwendigkeit lassen sich auch die Einschübe des Arztes in Datum 8 und 10 nicht nur als Orientierung des Arztes an den Präferenzen des Patienten interpretieren, sondern zugleich auch funktional als einverständnissichernde Sprechhandlungen bestimmen.

7.1.2.4 Zwischenresümee zur Fallanalyse 2

Wie bereits deutlich wurde, wird in dem zweiten Fallbeispiel die Orientierung des Patienten an der Meinung des Arztes als medizinischem Experten in besonderer Weise sichtbar. Dies manifestiert sich in dem mehrfachen Insistieren des Patienten hinsichtlich der Empfehlungen des Arztes, die er nicht nur in Bezug auf das geeignete Dialyseverfahren einfordert, sondern auch bezüglich der anstehenden Behandlungsschritte. Auf diese Weise wird die Bedeutung, die den ärztlichen Empfehlungen seitens des Patienten zugeschrieben wird, besonders deutlich: So fungieren diese für ihn als medizinischen Laien offensichtlich als Maßstab, an dem er sich in seinen Entscheidungen und Handlungen orientieren möchte. In Anbetracht dessen scheint es wenig sinnvoll, Empfehlungen im Sinne einer autonomen Entscheidung des Patienten grundsätzlich aus ärztlichen Gesprächen auszuschließen (vgl. Quill/Brody 1996). Auf diesbezügliche Implikationen in Bezug auf den Umgang mit Empfehlungen soll in Kapitel 8.2 vertiefend eingegangen werden.

Durch die Einforderung der Empfehlungen des Arztes lassen sich zudem wichtige Aspekte hinsichtlich der Rolle des Patienten im Entscheidungsprozess festmachen: Denn anders als der Patient aus dem ersten Fallbeispiel, der sich vor allem durch seine Ablehnung der vom Arzt nahegelegten Peritonealdialyse als aktiver Partner im Entscheidungsdialog präsentiert, konstruiert dieser Patient aktive Agency, indem er die Meinungen und Einschätzungen des Arztes erfragt und auf diese Weise nicht nur Einfluss nimmt auf dessen Organisation der Wissensvermittlung, sondern auch aktiv in den Verlauf des Gesprächs eingreift (vgl. insbesondere Datum 7). Die Empfehlungen des Arztes können hier somit zu Recht mit Roberts (1999: 108) als "conversational achievement" bzw. als "joint social practice" (Costello/Roberts 2001) beschrieben werden. So stellen auch Costello und Roberts (2001: 241) in Bezug auf die Beteiligung von Patienten in medizinischen Entscheidungsprozessen fest:

Patient agency is both apparent and operative while physicians power does not unilaterally determine outcomes. Patients are active in negotiating treatment plans through their acceptance of or resistance to recommendations – thus embodying agency in the medical setting.

Im Gegensatz zum zuvor analysierten Gespräch kommen im Fall dieses Patienten aufgrund von dessen Sehbehinderung die zur Verfügung stehenden Dialyseverfahren jedoch nicht in gleicher Weise in Frage, es handelt sich hier also nicht um gleichermaßen indizierte Behandlungsmethoden im eigentlichen Sinne. Der Arzt nimmt dies jedoch nicht zum Anlass, dem Patienten von Beginn an nur das für ihn praktikablere Verfahren, die Hämodialyse, vorzustellen, sondern informiert ihn auch über die Peritonealdialyse und präsentiert sich so als aufrichtig und offen im Umgang mit den Informationen zu den einzelnen Behandlungsmethoden. In der Aufklärung des Arztes lässt sich jedoch schon früh dessen Tendenz hinsichtlich der Hämodialyse festmachen, beispielsweise durch die Art und Weise der Informationsweitergabe sowie durch die Formulierung der Behandlungsmethoden, so dass hier von keiner gleichwertigen Vorstellung der Behandlungsmethoden die Rede sein kann. Dass die Hämodialyse das für ihn geeignetere Verfahren ist, scheint der Patient auch unmittelbar einzusehen und zu akzeptieren, was er dem Arzt signalisiert, indem er zur Phase der Planung der weiteren Behandlungsschritte überleitet. Der Patient legt hier also großen Wert auf eine schnelle Entscheidungsfindung und verlässt sich ganz auf die Empfehlung des Arztes, während der Patient und dessen Frau im ersten Fallbeispiel im Anschluss an die ärztliche Empfehlung vielmehr den Wunsch äußern, die Entscheidung bezüglich der Therapieform zu überdenken. Dies zeigt, dass es zwischen den Patienten in Bezug auf die Entscheidungsfreudigkeit und auch in Bezug auf die Bedürfnisses nach einer Beteiligung am Entscheidungsprozess teils große Unterschiede gibt, was wiederum die Notwendigkeit verdeutlicht, die ärztliche Gesprächsführung diesbezüglich anzupassen. So nennen auch Koerfer/Obliers/ Köhle (2005: 151) als Merkmal einer gelungenen ärztlichen Gesprächsführung die Fähigkeit, "den Partizipationsbedarf des Patienten mit einem für ihn tragfähigen Beziehungsmodell zur Passung zu bringen". Indem der Arzt dem Patienten und dessen Frau im ersten Fallbeispiel den Freiraum lässt, die Entscheidung nochmals zu überdenken, und im zweiten Fallbeispiel auf Wunsch des Patienten hin bereits erste Behandlungsschritte plant, geht er bereits einen wichtigen Schritt in diese Richtung.

7.1.3 Fallanalyse 3: dialyseversuch

Die Patientin aus dem Gespräch, das als nächstes untersucht werden soll, ist eine 92-jährige Dame, bei der im Rahmen einer Untersuchung anlässlich eines Kreislaufzusammenbruchs eine fortgeschrittene Niereninsuffizienz festgestellt worden ist und die daraufhin in das Klinikum eingeliefert wurde. In einem kurzen Gespräch im Vorfeld wurde die Patientin bereits von einer Ärztin über ihre schlechte Nierenfunktion sowie die dadurch erforderliche Dialysetherapie aufgeklärt. Selbige Ärztin ist es nun auch, die die Patientin in diesem Gespräch, das an deren Krankenbett geführt wird, über die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten informiert.

7.1.3.1 Aufklärung über die Behandlungsoptionen

Zu Beginn formuliert die Ärztin im Anschluss an eine kurze Begrüßungssequenz zunächst das Anliegen des Gesprächs:

Fallbeispiel 3, Datum 1: *n_paar gedanken* (0:02-0:17)

```
01 Ä so frau müller
02
     (0.52)
03 P ja
04 Ä da bin ICH noch mal
05 P ach frau professor
06 Ä ich dachte wir machen uns jetzt noch mal zuSAMmen
07
     n paar gedanken
07 P ah
80
     (0.57)
09 P ja
10 Ä wie wir das mit der nierenfunktion h°
11
     (0.58)
12 Ä weiter geSTALten wollen ne
13
     (0.63)
14 P ja
15
     (1.64)
```

Aus der Begrüßung geht, wie oben bereits dargelegt, deutlich hervor, dass es sich hier um ein Folgegespräch handelt: Dies zeigt sich nicht nur in der Äußerung der Ärztin in Zeile 04 (da bin ICH noch mal), sondern auch dadurch, dass sie die Patientin mit Namen begrüßt (Zeile 01), sich selbst nicht vorstellt und von der Patientin mit korrektem akademischen Titel angesprochen wird (Zeile 05). In dem vorausgehenden Gespräch wurde jedoch offensichtlich noch keine Entscheidung hinsichtlich der Dialysetherapie getroffen, so dass die Ärztin im Anschluss an die Begrüßung vorschlägt, sich diesbezüglich jetzt noch mal zuSAMmen n_paar gedanken (Zeile 06-07) zu machen. Dieses Anliegen drückt die Ärztin hier sehr vage und bildhaft aus (n_paar gedanken [machen], Zeile 06-07; das mit der nierenfunktion [...] weiter gestalten, Zeile 10-12). Durch die zahlreichen Pausen (Zeile 08, 11 und 13) wird der Patientin die Möglichkeit gegeben, die Äußerungen der Ärztin zu quittieren und gegebenenfalls Nachfragen oder Einwände zu formulieren. Die damit einhergehende Aufforderung, sich am Gespräch zu beteiligen, spiegelt sich auch in der Charakterisierung des Therapieplanungsgesprächs als ein gemeinsames Überlegen (ich dachte wir machen uns jetzt noch mal zusammen n_paar gedanken, Zeile 06-07) sowie in der Wahl der ersten Person Plural (wir, Zeile 06 und 10) wider. Auf diese Weise lädt die Ärztin die Patientin schon zu Beginn des Gesprächs ein, bei der Planung der Therapie aktiv mitzuwirken.

Anschließend erläutert die Ärztin der Patientin die Ergebnisse der Ultraschallbefunde, die eine dauerhafte Schädigung der Niere zeigen. Diese wurden im Fall der Patientin erhoben, um die Resultate der Blutuntersuchungen, die ebenfalls auf ein chronisches Nierenversagen verweisen, zu bestätigen. Aus diesen Befunden leitet die Ärztin im Folgenden entsprechende therapeutische Handlungsobligationen ab:

Fallbeispiel 3, Datum 2: hilfskonstruktion (1:43-2:12)

```
01 Ä wir müssen jetzt sozusagen mit der dialyse verSUCHen
     (.) °hhh ähm (.) diese nierenfunktion irgendwie
     NACHzuahmen
02
     (0.45)
03 Ä ja (.) und da wir da[s eben ] hh geNAU (.) da wir
     das NICH sieben tage die woche vierundzwanzig stunden
     am tach machen können (.) ja °h
04 P
                         [künstlich ]
05
     (0.26)
06 P wird des auch ein ma gemacht
07 Ä haben wir diese hilfskonstruktion
     dass man s eigentlich DREI ma in der woche
80
     (0.85)
```

```
09 Ä blutwäsche IM dialyseinstitut macht
10
     (0.69)
11 Ä ne hier bei uns zum beispiel
12
     (0.34)
13 P
    jа
14
     (0.2)
15 Ä ODER
16
     (0.31)
17 Ä JEden tag
18
     (0.64)
19 Ä bauchfelldialyse zuHAUse
```

Die Ärztin veranschaulicht der Patientin hier die Funktion einer Dialysetherapie, die als Nierenersatzverfahren eingesetzt wird, um die nierenfunktion irgendwie NACHzuahmen (Zeile 01). In diesem Rahmen charakterisiert sie die Dialyse als hilfskonstruktion (Zeile 07), die entweder, im Fall der Hämodialyse, DREI ma in der woche [...] IM dialyseinstitut (Zeile 07-09) oder, im Fall der Peritonealdialyse, JEden tag [...] zuHAUse (Zeile 17-19) durchgeführt wird. Der Einwurf der Patientin in Zeile 04 (künstlich) verweist auf deren Vorwissen hinsichtlich der Dialysetherapie, das sie wahrscheinlich aus dem vorausgegangenem Gespräch mit der Ärztin bezieht. Jedoch scheint die Patientin noch nicht ausführlich über die Abläufe informiert worden zu sein, da sie, wie sich in Zeile 06 zeigt, fälschlicherweise davon ausgeht, dass die Dialyse nur ein ma durchgeführt wird. Angesichts des sequentiellen Kontextes (Zeile 03: da wir das NICH sieben tage die woche vierundzwanzig stunden am tach machen können) ist davon auszugehen, dass die Patientin hier ein ma in der Woche meint, anzunehmen wäre jedoch auch ein ma am Tag. 42 Die Ausführungen der Ärztin zeichnen sich indes durch regelmäßige, längere Pausen aus (Zeile 02, 05, 08, 10, 12, 14, 16, 18), durch die sie ihre Erläuterungen in kleinere Informationseinheiten (Hausendorf/Quasthoff 2005) unterteilt. Dementsprechend sind die Pausen hier als verständnissichernde Maßnahmen zu interpretieren, durch welche die Ärztin der Patientin ermöglicht, im direkten Anschluss an unverständliche Informationen Nachfragen zu stellen oder aber auch, um ihr Verstehen zu bekunden. Die Patientin nutzt dieses Angebot jedoch kaum und verhält sich, abgesehen von einem kurzen Rückmeldesignal in Zeile 13, sehr passiv. Die Ärztin erläutert daraufhin die Vor- und Nachteile der jeweiligen Verfahren, 43 wobei sich die Patientin auch hier

Jedoch ist beides nicht zutreffend, da die Hämodialyse drei Mal pro Woche und die Peritonealdialyse mehrmals am Tag ausgeführt werden muss.

Da die Entscheidung, die in diesem Gespräch getroffen werden soll, nicht das Dialyseverfahren selbst betrifft, sondern vielmehr die grundsätzlichere Frage, ob überhaupt eine Dialysetherapie durchgeführt werden soll, soll auf die Aufklärung über die Peritoneal- und die Hämodialyse an dieser Stelle nicht vertiefend eingegangen werden.

sehr unbeteiligt zeigt und die Ausführungen der Ärztin nur sporadisch und minimal ratifiziert und sich erst dann wieder aktiver am Gespräch beteiligt, als die Ärztin anschließend von ihrem Telefonat mit dem Hausarzt der Patientin berichtet:

Fallbeispiel 3, Datum 3: ganz erschrocken (3:50-4:05)

```
01 Ä ich HAB (.) wie wir heute früh besprochen haben
    mit ihrem HAUSarzt gesprochen (.)
    mit dem doktor wilhelm
02
     (0.21)
03 P und (.) was hat er so gesagt
04 Ä ja der war auch erstmal ganz erschrocken (.)
     wie WIR alle zusammen auch
05 P ah [jeses ha]t s jeder
     erst vor drei tagen hat sich des er!GE!ben
07
     °hh es war ja vor einer woche alles noch in ord!NUNG!
08 Ä
        [ja
09 Ä geNAU
     ((Auslassung von 6 Transkriptzeilen))
16 Ä das hat ihn auch n bisschen überRAscht (.)
17
     aber er sieht das genauso wie WIR das heute früh auch
     schon gesehen haben
18
     °h dass des jetzt kein grund is den KOPF in den sand
19
     zu stecken
20
     (0.67)
21 P hm gut gSACHT
22
     (1.04)
```

Die Ärztin informiert die Patientin hier über die Reaktion des Hausarztes hinsichtlich ihres verschlechterten Gesundheitszustands, über den dieser *erstmal ganz erschrocken* (Zeile 01) gewesen sei. Dies nutzt die Ärztin, um auch ihre eigene Betroffenheit bzw. die Betroffenheit ihrer Kollegen zum Ausdruck zu bringen (Zeile 04) und so ihre Anteilnahme an dem Schicksal der Patientin zu signalisieren. Auf diese Weise leistet die Ärztin Gefühlsarbeit im Sinne Strauss et al. (1980), die nicht nur aus ideologischen Gründen als wichtiges Prinzip der ärztlichen Gesprächsführung gesehen wird, sondern auch dazu führen kann, "dass der Patient seinen Anteil an der medizinischen Arbeit bereitwilliger leistet" (Strauss et al. 1980: 632) und daher in höchstem Maße funktional ist (vgl. hierzu auch Fiehler 1990 und 2005).

Die Patientin nutzt die Betroffenheitsbekundung der Ärztin, um ihre eigene Bestürzung zum Ausdruck zu bringen, indem sie auf die Plötzlichkeit ihrer Erkrankung verweist:

[...]es war ja vor einer woche alles noch in ord!NUNG! (Zeile 5-7). Die Ärztin ratifiziert dies in Zeile 08 und 09 affirmativ (ja geNAU) und erläutert der Patientin daraufhin, dass deren Hausarzt zwar in Kenntnis über die nachlassende Nierenfunktion der Patientin war (Auslassung im Transkript), 44 über die rapide Verschlechterung jedoch auch n bisschen überRAscht (Zeile 16) gewesen sei. Auf diese Weise schwächt die Ärztin ihre Aussage aus Zeile 04 (ganz erschrocken) retrospektiv ab und schlägt so eine Brücke zu ihrer nächsten Äußerung, mit der sie der Patientin Hoffnung macht, dass die derzeitige Situation kein Grund sei, den KOPF in den sand zu stecken (Zeile 19). Indem die Ärztin diese Einschätzung nicht nur in der ersten Person Plural formuliert (wir, Zeile 17) und so als ihre Sichtweise und die ihrer Kollegen markiert, sondern auch als die Meinung des Hausarztes der Patientin hinstellt (Zeile 17), verleiht sie dieser ein größeres Gewicht (vgl. Clayman/Gill 2004). Den Optimismus ihres Hausarztes und der Nephrologen scheint die Patientin jedoch nicht zu teilen, und so antwortet sie leise gut gsacht (Zeile 06). Auf die in dieser Äußerung deutlich mitschwingende Resignation reagierend spricht die Ärztin daran anschließend eine weitere Möglichkeit bezüglich der weiteren Vorgehensweise an:

Fallbeispiel 3, Datum 4: der liebe GOTT (4:44-5:13)

```
01 Ä wie gesagt wenn SIE jetzt sagen
     °hh ich bin zweiundneunzig jahre alt
     und (.) ich bin allein zuhause
02
03
     und warte eigentlich nur darauf (.) °h
04
     [dass m]ich der liebe GOTT abholt (.)
     °h un [ich möcht]
05
06 P [ja
07 P
           [geNAUso
                      ]is es
08 Ä (.) ich MÖCHte eigentlich (.) hm:
09
    hab nich mehr so viel SPAß am leben (.) ja
10 P (.) nee
12 Ä °h dann kann man das ((Knarren))
12
     (0.26)
13 Ä mit FUG und RECHT (.) sozusagen auch ENtscheiden
```

Die Ärztin bringt hier mittels eines Szenarios, eines verbalen Entwurfs einer vorgestellten, fiktiven Situation (vgl. Brünner/Gülich 2002), die Möglichkeit des Verzichts auf eine Dialysetherapie ein (Zeile 01 ff.). Sie antizipiert in diesem Rahmen mittels einer wenn-dann-Konstruktion Gründe, die aus Sicht der Patientin gegen eine Therapie spre-

So werden insbesondere bei älteren Patienten vom Hausarzt regelmäßige Blutuntersuchungen durchgeführt, um (u. a.) die Funktion der Niere zu überprüfen.

chen könnten – etwa das hohe Alter der Patientin (Zeile 01), deren Einsamkeit (Zeile 02-03) oder mangelnde Lebensfreude (Zeile 09) – und charakterisiert auf diese Weise einen Dialyseverzicht als legitime Entscheidung: dann kann man das mit FUG und RECHT (.) sozusagen auch entscheiden (Zeile 11-13).

Indem die Ärztin ihre Ausführungen hier durch den Operator (Fiehler 2009: 1201 f.) wie gesagt (Zeile 01) einleitet, markiert sie diese als bereits besprochen und somit als gemeinsames Wissen. Dementsprechend ist davon auszugehen, dass in dem vorausgegangenem Gespräch ein möglicher Therapieverzicht schon thematisiert wurde – eine Option, die, wie in Kapitel 6.2 gezeigt wurde, in nephrologischen Therapieplanungsgesprächen nur bei sehr kranken oder sehr alten Menschen thematisiert wird: Denn da die Dialyse notwendig für das Überleben chronisch nierenkranker Patienten ist, führt ein Therapieverzicht letztendlich zum Tod des Patienten. Die Patientin scheint aber gerade diese Option zu befürworten, denn während sie sich, wie oben bereits dargelegt, im Rahmen der Vorstellung der Behandlungsmöglichkeiten sehr zurückhaltend zeigte, wird die nun, als es um die Thematisierung eines Therapieverzichts geht, zunehmend aktiv: So stimmt sie den Ausführungen der Ärztin hinsichtlich ihres hohen Alters und ihrer Einsamkeit als Gründe für einen Dialyseverzicht zunächst zu (ja, Zeile 06) und bekräftigt dies anschließend in Zeile 07 (geNAUso is_es), und auch die von der Ärztin angesprochene fehlende Freude am Leben scheint in ihrem Fall zutreffend zu sein (Zeile 10).

Eine so schwerwiegende, ihr Leben betreffende Entscheidung möchte die Patientin jedoch, wie der nächste Transkriptausschnitt zeigt, nicht alleine treffen. Die Empfehlung, die es in diesem Fallbeispiel zu analysieren gilt, bezieht sich daher auf die Frage, ob im Fall der Patientin überhaupt noch eine Dialysetherapie durchgeführt werden soll:

7.1.3.2 Die Empfehlungssequenz

Fallbeispiel 3, Datum 5: schwer zu sagen (4:44-5:13)

```
01 P
    (.) ((räuspert sich)) was würden SIE jetz tun (.)
02
     in meinem
     (0.37)
03
04 Ä an IHrer stelle
     das is (.) °h das is schwer zu sagen
05
     weil ich SIE erst so kurz kenne
06
07
     ich hab SIE eigentlich als sehr lebenslustige dame
80
     kennengelernt und hätte gedacht
09
10 P a[h::
                      ]
```

Dementsprechend wird ein möglicher Therapieverzicht auch in dem dieser Arbeit zugrunde liegenden Korpus lediglich in einem weiteren Gespräch thematisiert.

```
11 Ä
      [((schmatzt)) M]EIN(.) meine persönliche meinung is
12
     (0.35)
12 Ä man kann einen dialyseverSUCH
14
     (0.21)
15 Ä MAchen (.)
     °hh und wenn sie sagen
17
     (0.79)
18 Ä gefällt mir alles GAR nich (.)
     ich fühl mich (.) NIch besser als vorher (.)
20
     °h oder es passt mir ürgendwas anderes °h GAR nich
     und ich fühle mich nur belastet und geQUÄLT (.)
21
     dann hört man wieder auf
22
23
     (0.78)
24 P hm
25
     (0.2)
```

Wie auch im ersten Fallbeispiel fordert die Patientin die Ärztin hier zu einer Perspektivübernahme auf: was würden SIE jetz tun (Zeile 01). Anschließend setzt sie zu einer Expansion an (Zeile 02: in meinem), bricht diese jedoch ab, woraufhin die Ärztin nach einer kurzen Pause (Zeile 03) in Zeile 04 den Turn übernimmt und die Expansion fortführt (an IHrer stelle). Die Ärztin bekundet daraufhin, dass die Entscheidung für oder gegen eine Therapie für sie ebenfalls keine leichte sei (Zeile 05) und benennt anschließend die mangelnde Bekanntschaft mit der Patientin als Grund für die Schwierigkeit, die es ihr offensichtlich bereitet, eine Bewertung aus deren Sicht vorzunehmen (Zeile 06). Im direkten Anschluss bringt sie dann doch eine diesbezügliche Einschätzung der Patientin ein, die sie aber kurz darauf abbricht: ich hab SIE eigentlich als sehr lebenslustige dame kennengelernt und hätte gedacht (Zeile 07-08). Nach einer kurzen Atempause und einem Rückmeldesignal der Patientin (Zeile 09 und 10) äußert die Ärztin schließlich eine Empfehlung hinsichtlich der weiteren Vorgehensweise, die sie als ihre persönliche meinung (Zeile 11) ausweist⁴⁶: Sie rät der Patientin zu einem dialysever-SUCH (Zeile 13) und schlägt auf diese Weise einen Kompromiss zwischen der ablehnenden bzw. unschlüssigen Haltung der Patientin gegenüber einer Therapie (vgl. Datum 4) und ihrer persönlichen Einschätzung der Patientin als sehr lebenslustige dame (Zeile 07-08) vor. Dass die Ärztin hier nur in allgemeiner Form von der Dialyse spricht (Zeile 13) und nicht zwischen den einzelnen Dialyseverfahren differenziert, verdeutlicht indes, wie oben bereits dargelegt, dass die Entscheidung, die in diesem Gespräch besprochen

4.

Dabei gilt es jedoch zu bemerken, dass streng genommen weder die Einschätzung der Patientin durch die Ärztin (Zeile 07-08) noch die Äußerung ihrer persönlichen Meinung (Zeile 11 ff.) der Bitte der Patientin hinsichtlich einer Perspektivenübernahme entsprechen. Erst durch das Szenario ab Zeile 16 findet eine Perspektivenübernahme statt.

werden soll, sich nicht darauf bezieht, welches Verfahren das geeignete ist, sondern ausschließlich die Frage betrifft, *ob* eine Dialysetherapie durchgeführt werden soll (vgl. Datum 4). Während dies in den bisher untersuchten Gesprächen stillschweigend vorausgesetzt wird, steht die Möglichkeit eines Therapieverzichts hier also im Zentrum des Gesprächs.

Im Anschluss an ihre Empfehlung betont die Ärztin, wieder mittels eines Szenarios, die Möglichkeit, die Dialysetherapie jederzeit zu beenden (Zeile 16 ff.) und stellt somit die Entscheidung für eine Therapie als widerruflich dar. Wie auch in dem zuvor analysierten Transkriptausschnitt enthält dieses Szenario eine Auflistung antizipierter Gründe, die für eine Beendigung der Therapie sprechen würden: Missfallen an dem Therapieverfahren (Zeile 18), keine Verbesserung der Befindlichkeit (Zeile 19), eine durch die Therapie hervorgerufene Belastung (Zeile 21) oder sonstige Gründe (Zeile 20).

Dass die hier von der Patientin eingeforderte Empfehlung hinsichtlich eines eventuellen Therapieverzichts der Ärztin sehr schwer zu fallen scheint, wird nicht nur, wie oben bereits dargelegt, durch den diesbezüglichen expliziten Hinweis (Zeile 05-06) deutlich. Vielmehr zeigt sich die mit der Empfehlung verbundene Problematik auch sehr deutlich an deren Formulierung: So vermeidet die Ärztin die direkte Ansprache der Patientin und weicht auf die deagentivierende Formel *man* (Zeile 13 und 22) oder auf Szenarios (Zeile 16 ff., vgl. hierzu auch Datum 4) aus. Die Betonung, dass es sich bei ihrer Äußerung lediglich um eine *persönliche meinung* (Zeile 11) handle, wirkt zudem stark subjektivierend (s. o.) und steht in einem starken Kontrast zu dem bisher von der Ärztin bevorzugt verwendeten Pronomen *wir* (vgl. bspw. Datum 1, Zeile 10; Datum 2, Zeile 03, 07, Datum 3, Zeile 04, 17, Datum 6, Zeile 06). Auf diese Weise signalisiert die Ärztin, dass sie an dieser Stelle – anders als bisher – nicht als Vertreterin der Institution Krankenhaus agiert, sondern ihre eigene, individuelle Meinung zum Ausdruck bringt (vgl. Drew/Heritage 1992).⁴⁷

Des Weiteren finden sich zahlreiche Konstruktionsabbrüche und -wiederaufnahmen (Zeile 04-05, 08, 11), Verzögerungssignale wie Pausen (Zeile 03, 12, 14, 17, 23) oder tiefes Einatmen (Zeile 05, 09, 16, 20) sowie Heckenausdrücke wie *eigentlich* (Zeile 07) oder *ürgendwas* (Zeile 20). In einer solch tentativen, subjektivierenden und zögerlichen Formulierung manifestiert sich nicht nur die Unsicherheit der Ärztin bezüglich ihrer Empfehlung, vielmehr signalisiert sie der Patientin auf diese Weise gleichzeitig, dass nicht sie es ist, die diese Entscheidung zu treffen habe, sondern dass die Entscheidung letztlich ganz bei der Patientin liege. Dementsprechend kann die Empfehlung der Ärztin hier auch nicht über den Status von vage gehaltenen Ratschlägen hinausgehen, die aber nichts desto trotz für die Patientin von großer Wichtigkeit sind.

-

So stellen auch Drew und Heritage (1992) heraus, dass das Personalpronomen *I* im Gegensatz zu *we* viel weniger institutionell gewichtet ist.

Anschließend geht die Ärztin auf die Funktion der Dialyse als lebensverlängernde Maßnahme ein und macht darauf aufmerksam, dass ein Dialyseverzicht zwangsläufig einen baldigen Tod der Patientin impliziert. In diesem Rahmen betont die Ärztin nochmals, dass die Entscheidung für oder gegen eine Therapie ganz der Patientin überlassen bleiben soll:

Fallbeispiel 3, Datum 6: gottgegeben (6:17-6:34)

```
01
     (2.48)
02 Ä ich (.) wenn !SIE! sagen ich möchte
03
     (0.37)
04 Ä GAR keine nierenersatztherapie
     ich nehme das jetzt so als gottgegeben hin
05
     (0.2)
06 Ä °h dann respektieren wir das
     (1.47)
08 Ä wenn SIE sagen
09
     (0.28)
10~\hbox{\AA} hm ich hab aber enkelkinder und die besuchen mich
     regelmäßig und (.) [ich FREU mi]ch °h
11 P
                          NEE
12
     (0.31)
13 A ham se nich ne
14 P leider [nein
15 Ä
             [leider ] nich ich verstehe (.) hm hm
```

Die Ärztin bringt hier erneut die Frage nach dem Therapieverzicht ein und versichert der Patientin, eine diesbezügliche Entscheidung ihrerseits zu respektieren (Zeile 06). Wie auch in den beiden zuvor analysierten Sequenzen arbeitet sie dabei mit Szenarios, mit denen sie zunächst einen möglichen Grund einbringt, der für einen Therapieverzicht sprechen würde (*ich nehme das jetzt so als gottgegeben hin*, Zeile 04) und anschließend einen Grund zugunsten der Entscheidung für eine Dialysetherapie benennt (*ich hab aber enkelkinder* [...], Zeile 10). Noch bevor die Ärztin diesen zweiten Punkt ausformuliert hat, verneint die Patientin dies (Zeile 11), woraufhin die Ärztin ihre Äußerung auch unmittelbar abbricht. Auf diese Weise signalisiert sie, dass es ihr nicht darauf ankommt, die Patientin zu einer Therapie zu überreden, sondern vielmehr darum, deren Lebensumstände, Wünsche und Bedürfnisse zu ergründen – etwa den Glauben an ein gottbestimmtes Lebensende (Zeile 04) oder den freudespendenden Besuch von Enkelkindern (Zeile 10). Indem die Ärztin die Präferenzen und Vorstellungen sowie die individuelle

Lebenssituation der Patientin hier – wie bereits in den beiden zuvor untersuchten Transkriptausschnitten (Datum 4, Zeile 01 ff.; Datum 5, Zeile 15 ff.) – in den Fokus des Gesprächs rückt, signalisiert sie, dass es letztendlich diese sind, die ausschlaggebend für die Entscheidung für oder gegen eine Dialysetherapie sein sollen. So halten auch Quill und Brody (1996: 776) hinsichtlich der Relevanz des Einbezugs der Lebensumstände von Patienten bei der Planung einer Therapie fest: "[...] physicians must become expert not only in the science of clinical medicine but also at learning about patients as unique human beings with life histories and values that must be used to guide treatment."

Da sich die Patientin über ihre weitere Lebensgestaltung jedoch, wie der weitere Verlauf des Gesprächs zeigt, nicht sicher zu sein scheint und sich dementsprechend auch in Bezug auf die Entscheidung für oder gegen eine Dialysetherapie völlig ratlos zeigt, bringt die Ärztin anschließend nochmals ihre Empfehlung bezüglich eines Dialyseversuchs ein:

Fallbeispiel 3, Datum 7: verSUCH einer dialyse (10:18-10:29)

```
01
     (5.0)
02 Ä ja also !MEIN! vorschlag wäre zu sagen
     wir machen den verSUCH einer dialyse
04
     °h und gucken wie es IHnen bekommt (.)
     °h [und wen]n sie sagen schmeckt mir GAR nich
05 P
        [ja
06
     (0.29)
07 Ä MÖCHT ich nich mehr
80
     (0.48)
09 Ä hörn wir auf
     (0.28)
10
11 P
     jа
12
     (0.2)
```

Die Ärztin wiederholt hier im Anschluss an eine längere Gesprächspause (Zeile 01) ihre Empfehlung aus Datum 5 hinsichtlich einer versuchsweisen Dialyse (Zeile 02) und spricht der Patientin dabei, wie auch schon zuvor, die Autorität zu, die Therapie jederzeit zu beenden (Zeile 03-09). Als Grund eines Behandlungsabbruchs nennt sie dabei nicht nur eine schlechte Verträglichkeit (Zeile 03), sondern insbesondere ein mögliches Missfallen der Patientin in Bezug auf die Therapie (Zeile 04 und 05). Ebenso wie die vorherige Empfehlung zeichnet sich auch diese Empfehlung durch eine tentative und subjektivierende Formulierungsweise aus: So betont die Ärztin einleitend, dass es sich dabei um ihren persönlichen *vorschlag* (Zeile 02) handelt, was insbesondere durch den starken Fokusakzent auf dem Possessivpronomen !MEIN! (Zeile 02) deutlich wird.

Durch den Konjunktiv (*wäre*, Zeile 02) schwächt die Ärztin ihre Aussage zusätzlich ab, während sie durch die Verwendung des Pronomens *wir* (Zeile 02, und 09) auf eine gemeinsame Entscheidungsfindung verweist und somit deutlich macht, dass sie nicht intendiert, hier eine Entscheidung über den Kopf der Patientin hinweg zu treffen.

7.1.3.3 Der weitere Gesprächsverlauf

Die Patientin zeigt sich auch nach dieser Empfehlung der Ärztin unschlüssig hinsichtlich einer Entscheidung für oder gegen eine Dialysetherapie, was angesichts der Plötzlichkeit ihrer Erkrankung und der weitreichenden Auswirkungen ihrer Entscheidung jedoch auch nicht verwunderlich ist. Die Ärztin schlägt deshalb schließlich vor, die Entscheidung zu vertagen:

Fallbeispiel 3, Datum 8: lebensgestaltung (13:58-14:21)

```
01 Ä also ICH würd sagen wir
02
     (1.23)
03 Ä wenn SIE noch fragen haben beantworte ich ihnen die
     gerne
     (0.97)
04
05 \ \ddot{A} ja (.) ich GLAUbe aber es geht bei ihnen mehr um die
     frage so der weiteren lebensgestaltung (.)
06
     nich wahr (.) °hhh
08 P ja [wie (.) wie geht s ]WEIter
        [seh ich das richtig ]
10 Ä (.) wie geht s weiter ne
11 P oh mein gott
12
    (1.17)
13 Ä ich würde vorschlagen
14
     wir reden morgen noch ma zusammen mit ihrer NICHte
15
     (0.25)
16 Ä wenn die kommt (.) ja und fällen DANN ne entscheidung
17 P ja
18
     (0.25)
```

Die Ärztin unterbreitet der Patientin hier das Angebot zu weiteren Rückfragen (Zeile 01-03) und leitet auf diese Weise die Phase der Gesprächsbeendigung ein (vgl. Spranz-Fogasy/Klüber/Motsch 2012). Anschließend bringt sie ihr Verständnis des Hauptanliegens der Patientin zum Ausdruck und interpretiert auf diese Weise gleichzeitig deren

Unentschlossenheit vor dem Hintergrund der lebensentscheidenden Entscheidung, die hier getroffen werden muss: *ich glaube aber es geht bei ihnen mehr um die frage so der weiteren lebensgestaltung nich wahr* (Zeile 05-06). Die Patientin bejaht dies nach einer kurzen Pause (Zeile 07-08) und stellt daraufhin die für sie entscheidende Frage *wie* (.) wie geht_s weiter (Zeile 08). Die Ärztin greift diese Formulierung in Zeile 10 auf, woraufhin die Patientin in Zeile 11 ihrer Angst und ihrer Unsicherheit mittels des Ausrufs oh mein gott Ausdruck verleiht. Nach einer weiteren Pause unterbreitet die Ärztin schließlich den Vorschlag, die Entscheidung am kommenden Tag gemeinsam mit der Nichte der Patientin zu treffen (Zeile 13-16), was die Patientin mit einem zustimmenden *ja* (Zeile 17) quittiert. Somit wird die Entscheidung, wie auch im ersten Fallbeispiel, vertagt und der Patientin so die Möglichkeit eingeräumt, hierüber in Ruhe nachzudenken und sich Klarheit über ihre Erwartungen und Bedürfnisse zu verschaffen, welche diesbezüglich ausschlaggebend sind.

Die hier formulierte Entscheidung hinsichtlich *der weiteren lebensgestaltung* (Zeile 06) charakterisiert die Ärztin abschließend als gemeinsame Aufgabe und sichert der Patientin auf diese Weise ihre Unterstützung im Entscheidungsprozess zu:

Fallbeispiel 3, Datum 9: KEIN vertreter (14:21-14:32)

```
01 A ICH (.) äh (.) ich bin KEIN vertreter
     ich verkauf ihnen nichts ((Lachansatz)) (.) ja
02
03
     [°hh sondern wir müssen ]versuchen geMEINsam zu
     ergründen was so °h
04 P [nein nein
                              ]
     (0.36)
05
06 Ä ihr lebenskonzept is (.) [nich wahr ]
07 P
                               [ja naTÜR ]lich
80
     (1.12)
09 Ä okay
10
     (0.54)
11 Ä [machen ]wir s so
12 P [ja
13
     (0.24)
```

Die Ärztin macht der Patientin hier ihr Verständnis ihrer eigenen Rolle deutlich, indem sie darauf hinweist, dass sie sich nicht als *vertreter* (Zeile 01) sieht, welcher der Patientin etwas *verkaufe[en]* (Zeile 02) möchte, und signalisiert auf diese Weise erneut (vgl.

Auch Quill und Brody (1996) betonen die zentrale Bedeutung des Einbezugs der Familie der Patienten bei weitreichenden medizinischen Entscheidung.

Datum 6, Zeile 02-06), dass es nicht ihr Anliegen ist, die Patientin zu dem vorgeschlagenen Dialyseversuch (Datum 5 und 7) zu überreden. Da die Patientin die mit der Frage nach der weiteren Lebensgestaltung verbundene Entscheidung hinsichtlich eines möglichen Therapieverzichts jedoch auch nicht alleine treffen möchte – wie sich in diesem Gespräch bereits mehrfach gezeigt hat –, verweist die Ärztin anschließend auf ihre Unterstützung im Entscheidungsprozess: wir müssen versuchen geMEINsam zu ergründen was so °h (0.36) ihr lebenskonzept is (.) (Zeile 03-06)⁴⁹. Die Ärztin stellt somit erneut die Patientin, deren lebenskonzept es zu ergründen gilt, in den Mittelpunkt der Entscheidung und verdeutlicht auf diese Weise ihr zentrales Anliegen, zu einer Entscheidung zu kommen, welche die Lebensumstände und Vorstellungen der Patientin berücksichtigt.

Die Zusammenarbeit bei der Entscheidungsfindung betont die Ärztin indes nicht nur durch den Fokusakzent auf dem Adjektiv *geMEINsam* (Zeile 03), sondern auch durch die Wahl des Personalpronomens *wir* (Zeile 03 und 11). Durch diesen Vorschlag einer gemeinsamen Entscheidungsfindung schafft die Ärztin einen Kompromiss zwischen der Gewichtung der Wünsche und Lebensentwürfe der Patientin als alleinige Entscheidungsgrundlage einerseits (Datum 4, 5, 6, 7) und der Unsicherheit der Patientin und ihrem daraus resultierenden Bedürfnis nach ärztlicher Beratung und Leitung (Datum 5, 8) andererseits.

Die Patientin stimmt dem Vorschlag der Ärztin, geMEINsam zu ergründen was so [...] ihr lebenskonzept is (Zeile 03-06), schließlich auch uneingeschränkt zu (ja naTÜRlich, Zeile 07), woraufhin die Ärztin diesen als nächsten Handlungsschritt festlegt (Zeile 11) und sich abschließend von der Patientin verabschiedet.

7.1.3.4 Zwischenresümee zur Fallanalyse 3

Im Unterschied zu den bisherigen Fallbeispielen betrifft die Entscheidung, die hier im Mittelpunkt des Gesprächs steht, nicht die Wahl eines bestimmten Dialyseverfahrens, sondern die viel elementarere Frage, ob überhaupt eine Dialysetherapie durchgeführt werden soll. Obwohl die Ärztin zu Beginn noch versucht, der Patientin die zur Verfügung stehenden Behandlungsoptionen vorzustellen, gelingt es der Patientin durch ihr auffallend passives Rezeptionsverhalten, den Fokus des Gesprächs schon sehr früh auf die Möglichkeit eines Therapieverzichts zu lenken.

Da die Frage, ob eine Therapie durchgeführt werden soll oder nicht, im unmittelbaren Zusammenhang mit den Vorstellungen und Lebensentwürfen der Patientin steht, betont die Ärztin auch immer wieder, dass diese Grundlage einer diesbezüglichen Entscheidung sein müssen. Durch den mehrfachen Rückgriff auf entsprechende Szenarios gelingt es ihr dabei, die Lebenswelt der Patientin in den Mittelpunkt des Gesprächs zu stellen. Der Patientin scheint es jedoch nicht leicht zu fallen, eine so weitreichende Entscheidung alleine zu treffen, was sich nicht nur an ihrem zurückhaltenden Rezeptions-

Das Pronomen *wir* könnte hier auch zusätzlich die Nichte der Patientin einschließen.

verhalten zeigt, sondern insbesondere auch durch die explizite Einforderung einer Empfehlung hinsichtlich der Frage, ob eine Therapie durchgeführt werden soll, deutlich wird. Die Empfehlung der Ärztin, mit der sie der Patientin einen Dialyseversuch nahelegt, zeichnet sich indes – ähnlich wie die in Fallbeispiel 1 und 2 analysierten Empfehlungen – durch eine sehr tentative, subjektivierende und teils sehr zögerliche Formulierungen aus. Auf diese Weise verdeutlicht die Ärztin, dass sie die Patientin durch ihre Empfehlung zu keiner Entscheidung überreden möchte, sondern hier lediglich ihre persönliche Meinung zum Ausdruck bringt. Indem die Ärztin hier also einerseits ihre eigene Einschätzung zum Ausdruck bringt, gleichzeitig aber auch immer wieder die Einstellungen und Wünsche der Patientin zum Gegenstand des Gesprächs macht, präsentiert sie sich weder als neutrale Informationsdienstleisterin noch als Vertreterin der von ihr präferierten Vorgehensweise, sondern vielmehr als medizinische Beraterin, die die Patientin durch den Entscheidungsfindungsprozess begleitet und aufrichtig darum bemüht ist, dass eine Entscheidung im Sinne der Patientin getroffen wird (vgl. Quill/Brody 1996: 766).

Dementsprechend ist zwar die Bedeutsamkeit, die die Patientin der Empfehlung der Ärztin aufgrund von deren Fachwissen und Expertise und nicht zuletzt aufgrund ihres Status als medizinische Expertin zuschreibt, sicherlich nicht zu unterschätzten, jedoch gelingt es der Ärztin durch die tentative und subjektivierende Formulierung, das Risiko ihrer Empfehlung, als "versteckte Anweisungen" zu fungieren, zu minimieren und so einer Fremdbestimmung der Patientin vorzubeugen. Empfehlungen wie hier können daher ganz im Sinne des *Shared-Decision-Making*- bzw. Kooperationsmodells (vgl. Kap. 3.3) als wichtiger Bestandteil des gegenseitigen Informationsaustauschs zwischen Arzt und Patient und somit als *empowerment* des Patienten gesehen werden. So heißt es auch bei Koerfer/Obliers/Köhle (2005: 144):

Beim Kooperationsmodell braucht der Arzt [...] mit seinem Professionswissen sowie seiner persönlichen Erfahrung und Meinung nicht hinter dem Berg zu halten. Vielmehr dient sein Engagement der Förderung der Patientenautonomie insofern, als sich die letztlich gültigen Überzeugungen des Patienten im Sinne einer Kompetenzsteigerung (*empowerment*) eben nur im dialogischen Informations- und Meinungsaustausch herausbilden und stabilisieren kann.

7.2 Initiative Empfehlungen

Nachdem in Kapitel 7.1 anhand von drei Gesprächen Empfehlungen, die von Patienten eingefordert werden, näher beleuchtet worden sind, sollen diese nun einem Fallbeispiel gegenübergestellt werden, in dem der Arzt⁵⁰ gleich mehrere Empfehlungen initiativ eingebringt, um diesbezügliche Unterschiede herauszuarbeiten und zu diskutieren.

Es handelt sich hierbei um denselben Arzt wie in Fallbeispiel 1 und 2.

7.2.1 Fallanalyse 4: nich lange warten

Der Patient aus dem vierten Fallbeispiel ist ein 25-jähriger Student, bei dem eine Niereninsuffizienz diagnostiziert wurde, wobei die Ärzte vermuten, dass diese auf eine Bindegewebserkrankung zurückzuführen ist, an der der Patient kürzlich erkrankte. Der Patient ist bereits seit einigen Tagen im Klinikum und wird dort stationär behandelt. Dementsprechend hat er auch schon mit mehreren Ärzten über seine Erkrankung gesprochen, wobei bislang noch immer keine Gewissheit über die Ursache des Nierenversagens besteht und auch noch nicht entschieden wurde, wie therapeutisch vorgegangen werden soll. In dem Gespräch, das im Folgenden untersucht wird, gilt es deswegen, die in Frage kommenden Behandlungsoptionen zu besprechen. Wie auch das zuvor analysierte Fallbeispiel findet dieses Gespräch am Krankenbett des Patienten statt.

7.2.1.1 Aufklärung über die Behandlungsoptionen

Zu Beginn des Gesprächs spricht der Arzt die Notwendigkeit einer Dialysetherapie an, weist den Patienten jedoch auch darauf hin, dass noch nicht feststeht, ob dieser an einem chronischen oder nur vorübergehendem Nierenversagen leidet:

Fallbeispiel 4, Datum 1: vom SCHLIMMsten ausgehen (0:49-1:25)

```
01 A die wahrSCHEINlichkeit
02
     (0.53)
03 A ähm: °h
04
     (0.86)
05 A dass se für (.) die (.) n:ächste zeit (.) dialyse
    brauchen (.) is ex!TREM! hoch und ob se °h
07
     (0.68)
08 A zum beispiel in drei monaten KEIne dialyse mehr
    brauchen
     (0.41)
09
10 A das KÖNNte so sein (.)
     das wissen wir aber im moment nich (.)
11
     nur im moMENT °h ähm: (.) müssen wir ehrlicherweise
12
     vom SCHLIMMsten ausgehen (.)
13
     dass es (.) !NICH! wieder funktionieren wird
14
     ohne (.) blutwäsche
15
     (0.58)
16 A u:nd (.) ähm:: (.) müssen uns zumindestens f jetzt
17
     für die erste zeit dann (.) n verfahren überLEgen (.)
18
     ähm °h was wir im zweifelsfall auch DAUerhaft machen
```

```
KÖNNten

19 (0.25)

20 P ja

21 A °h und was für SIE

22 (0.85)

23 A äh für ihre speZIELlen belange sinnvoll wär

24 P (.) okay

(0.65)
```

In den Ausführungen des Arztes wird dessen Ungewissheit, ob es sich bei der derzeitigen Nierenschwäche des Patienten nur um eine kurzfristige Begleiterscheinung oder eine chronische Krankheit handelt, mehrfach deutlich: So spricht der Arzt zunächst von einer ex!TREM! hohen Wahrscheinlichkeit einer in naher Zukunft erforderlichen Dialysetherapie (Zeile 01-05), bemerkt aber anschließend, dass es sich dabei auch nur um eine vorübergehende therapeutische Maßnahme handeln könnte (Zeile 06-11), um dann wieder darauf hinzuweisen, dass im moMENT [...] vom SCHLIMMsten aus[zu]gehen sei (Zeile 12) und eine dauerhafte Dialysetherapie erforderlich werden könnte (Zeile 13-14 und 18). Die zahlreichen Hesitationspartikeln (Zeile 03, 12, 16, 18, 23), Dehnungen (Zeile 03, 05, 12, 16), langen Pausen (Zeile 02, 04, 07, 09, 15, 19, 21, 25) und die insgesamt sehr stockende Redeweise, durch die sich die Ausführungen des Arztes auszeichnen, verweisen jedoch nicht nur auf seine Ungewissheit hinsichtlich der Chronizität der Nierenerkrankung des Patienten, sondern markieren auch die diffizile Lage, in der sich der Arzt hier sieht: So muss er dem Patienten mitteilen, dass dieser sich womöglich für den Rest seines Lebens einer sehr aufwändigen und zeitintensiven Therapie unterziehen muss, was der Arzt durch die oben aufgezeigten Hesitationsphänomene als bad news kennzeichnet (Maynard 2003, vgl. auch Fallbeispiel 1, Datum 1).

Der Arzt lässt hier, wie bereits deutlich geworden ist, also vorerst offen, ob es sich bei der angekündigten Therapie um eine dauerhafte oder nur vorübergehende Maßnahme handelt und lenkt das Gespräch anschließend auf die verschiedenen Verfahren, welche diesbezüglich zur Verfügung stehen (Zeile 16-18), wobei er betont, dass es bei deren Wahl insbesondere auf die *speZIELlen belange* (Zeile 23) des Patienten ankomme. Das Bestreben des Arztes, den Patienten aktiv in dessen Therapieplanung einzubeziehen, zeigt sich auch in der Wahl der ersten Person Plural (*wir*, Zeile 16 und 18), mit welcher der Arzt den anstehenden Entscheidungsprozess als gemeinsame Aktivität kennzeichnet. Welche Rolle der Arzt sich selbst in der Entscheidungsfindung zuschreibt, offenbart indes die sich unmittelbar anschließende Sequenz, in der der Arzt eine Empfehlung für die Peritonealdialyse ausspricht:

7.2.1.2 Die Empfehlungssequenz

Fallbeispiel 4, Datum 2: !VIEL! einfacher (1:25-1:45)

```
01
     (0.63)
02 A äh:m:
03
     (0.93)
04 A einiges ham sie ja schon geHÖRT (.)
     bauchfelldialyse is eine möglich[keit](.)
06
     wäre so DAS (.) was man
07 P
                                       [ja
                                             ]
08
     (0.4)
09 A bei IHnen
10
     (0.2)
11 A als ERStes sagen würde
     weil des für sie wahrscheinlich !VIEL! einfacher is
13
     (.) auch für s studium und so °hh (.) äh:m:
14 P ia
15
     (0.22)
16 A andre möglichkeit
17
     (0.3)
18 A zweitbeste wäre halt (.) äh:
19
     (0.2)
20 A dialyse im zentrum
21
     (0.31)
22 A maSCHInendialyse °hh (.) kann man auch maCHEN
23 P
     jа
```

Der Arzt verweist hier zunächst auf die im Vorfeld stattgefundenen Gespräche (Zeile 04) und somit auf das im Fall des Patienten vorauszusetzende Wissen bezüglich der zur Verfügung stehenden Dialyseverfahren. Dementsprechend geht es dem Arzt in diesem Gespräch, wie sich anschließend zeigt, auch nicht primär um die Explikation der einzelnen Dialyseverfahren, sondern vielmehr um eine Bewertung derselben und die daraus abzuleitenden Handlungsobligationen hinsichtlich der weiteren Vorgehensweise. So nimmt der Arzt im Gegensatz zu den bisherigen Fallbeispielen hier auch schon zu Beginn des Gesprächs eine explizite Beurteilung der Dialyseverfahren in Bezug auf die Situation des Patienten vor und spricht eine diesbezügliche, initiative Empfehlung aus, indem er die Peritonealdialyse als das Verfahren bezeichnet, das man (0.4) bei IHnen (0.2) als ERStes sagen würde (Zeile 06-11). Diese Einschätzung begründet er anschlie-

ßend, indem er Bezug nimmt auf die Lebensumstände des Patienten und die Peritonealdialyse angesichts dessen laufenden Studiums als !VIEL! einfacher (Zeile 12) charakterisiert. Die Hämodialyse stellt er im Anschluss lediglich als *zweitbeste* Möglichkeit dar (Zeile 16-18) und gibt dem Patienten auf diese Weise ausdrücklich zu verstehen, dass er die Peritonealdialyse in seinem Fall für das weitaus geeignetere Verfahren hält.

Die Kontrastierung dieser beiden Verfahren wird indes auch auf prosodischer Ebene deutlich: So belegt der Arzt im Rahmen seiner Ausführungen zu der Peritonealdialyse mehrere Silben mit einem Fokusakzent (Zeile 06, 09, 11) und betont insbesondere die Intensivierungspartikel !VIEL! (Zeile 12), während seine Erläuterungen zur Hämodialyse keine einzige betonte Silbe aufweisen (Zeile 16-22). Auf diese Weise signalisiert der Arzt sein Verständnis seiner eigenen Rolle, die er in diesem Gespräch einnimmt: So sieht er sich offensichtlich nicht als objektiven Berater, der dem Patienten Informationen in neutraler Weise zukommen lässt, die dieser dann hinsichtlich seiner eigenen Präferenzen und angesichts seiner Lebenssituation bewertet, sondern der Arzt nimmt eine solche Bewertung hier vielmehr selbst vor, die er anschließend durch eine Bezugnahme auf die Lebensumstände des Patienten begründet und sich auf diese Weise als Fürsprecher von dessen Interessen präsentiert (vgl. Gusy/Drewes 2012: 497). 51

Die Empfehlung, die der Arzt hier gibt, schwächt er jedoch gleichzeitig durch verschiedene sprachliche Mittel ab: So zeichnen sich seine Ausführungen zum einen durch die Verwendung des Konjunktivs (Zeile 06, 11, 18), durch Heckenausdrücke wie wahrscheinlich (Zeile 12) halt (Zeile 18) und und so (Zeile 13) sowie durch zahlreiche Pausen und Hesitationspartikeln (Zeile 01, 02, 03, 08, 10, 13, 15, 17, 18, 19, 21) aus. Durch die Verwendung des unpersönlichen und generalisierenden Pronomens man (Zeile 06) vermeidet der Arzt indes, sich selbst als Agens der hier vollzogenen Bewertung zu nennen, was dem Patienten einen Widerspruch hinsichtlich der hier als vorzuziehendes Verfahren dargestellten Peritonealdialyse erleichtern würde (vgl. Clayman/Gill 2004 sowie Costello/Roberts 2001: 251). Durch die langen Pausen gibt der Arzt dem Patienten hier die Möglichkeit, seine Ausführungen zu ratifizieren, was dieser in Zeile 07, 14 und 23 auch jeweils mittels des Rückmeldepartikels ja tut und auf diese Weise sein Verstehen signalisiert.

Da der Patient, wie bereits dargelegt wurde, über die Voraussetzungen und Abläufe der verschiedenen Dialyseverfahren bereits unterrichtet wurde, geht der Arzt im Folgenden auf die jeweils erforderlichen Vorbereitungsmaßnahmen ein und zeigt auf diese Weise seine Orientierung an der Planung der weiteren Behandlungsschritte:

-

Weshalb der Arzt hier, anders als in den bisher untersuchten Gesprächen, schon zu Beginn eine solch wertende Haltung einnimmt, soll in dem Zwischenresümee ausführlich diskutiert werden (Kap. 7.2.1.4).

Fallbeispiel 4, Datum 3: in Ihrem fall (7:14-7:43)

```
01 A °hh (.) die maschine an der dialyse kennnen sie ja
     schon (.) das is über den katheter zum beispiel (.)
     das WÄre
02
     (0.23)
03 P ja
04 A in IHrem fall über
05
    (0.44)
06 A äh::m
07
     (0.21)
08 A dauerhaft über ne kleine operation die man noch
     vorschalten müsste über (.) einen zugang am ARM
09
     (0.31)
10 P ja
11
    (0.37)
     ((Auslassung von 5 Transkriptzeilen))
19 A °hh (.) und die andere geschichte (.) erfordert ne
     andere vorbereitung (.) die BAUCHfelldialyse
20
     (0.49)
21 A die erfordert nen (.) äh:m: (.) EINgriff
22
     (0.21)
23 A der in
24
     (0.67)
25 A in: (.) VOLLnarkose erfolgt (.) weil die bauchdecke
     für
26
     (0.23)
27 A die::
     (0.5)
28
29 A katheter (.) äh für s kathetereinsetzen ganz
     entspannt sein muss
30
     (0.28)
31 P ja (.)
```

Der Arzt erläutert hier zunächst die im Falle einer Hämodialyse erforderlichen Maßnahmen zur Implementierung eines Dialyseshunts (Zeile 01-10) und anschließend die Operation zur Implementierung des für die Peritonealdialyse benötigten Katheters (Zeile 19-29). Mit der Bemerkung in Zeile 01 (die maschine an der dialyse kennen sie ja

schon)⁵² verweist der Arzt auf die Notfalldialyse, die bei dem Patienten bei seiner Einlieferung ins Klinikum aufgrund kritischer Blutwerten durchgeführt wurde. Solche Akutdialysen werden als Hämodialysen über einen vorübergehender Katheter, der an einer Halsvene gelegt wird, ausgeführt, dementsprechend ist der Patient mit dem Ablauf dieses Dialyseverfahrens schon vertraut.⁵³

Indem der Arzt hier trotz seiner starken Präferenz der Peritonealdialyse die Vorbereitungsmaßnahmen für beide Verfahren – in vergleichbarer Ausführlichkeit – vorstellt, zeigt er sich als offen und aufrichtig im Umgang mit den ihm zur Verfügung stehenden Informationen. Lediglich die Verwendung des Konjunktivs im Rahmen seiner Erläuterungen zur Hämodialyse (Zeile 02 und 05), der im Kontrast zum durchgängig verwendeten Indikativ bei der Vorstellung der Vorbereitungsmaßnahmen für die Peritonealdialyse steht (Zeile 19, 21, 25, 29), verweist hier auf die Priorität, die der Arzt letzterer zuschreibt.

An seine Ausführungen zu den Vorbereitungsmaßnahmen bezüglich der Peritonealdialyse anknüpfend spricht der Arzt im folgenden Transkriptausschnitt jedoch schließlich erneut eine Empfehlung in Bezug auf diese aus:

Fallbeispiel 4, Datum 4: wenn nich sogar !BES!ser (7:54-8:11)

```
01 A °hhh ähm::
02
     (0.53)
03 A und
04
    (0.2)
05 A DAS wäre (.) DIE methode
     (0.72)
06
07 A die bei IHnen
     (0.41)
09 A MEIner einschätzung nach
10
     (0.25)
11 A geNAUso gut gehen würde
     wenn nich sogar !BES!ser
12
13
     °hh und die würd ihnen halt die möglichkeit BIEten
14
     (.) äh:m:
     (1.07)
15
```

An dieser Stelle sei kurz darauf verwiesen, dass der Arzt hier versehentlich die Wörter *maschine* und *dialyse* vertauscht.

Ein solcher vorübergehender Katheter wird jedoch bei einer längerfristigen Therapie in der Regel durch einen dauerhaften Katheter am Unterarm ersetzt, vgl. hierzu auch Datum 5, Zeile 12-13.

```
16 A ja:
17 (0.2)
18 A eigentlich auch mehr FREIheiten zu haben
19 (0.55)
```

Der Arzt drückt hier seine Einschätzung hinsichtlich der Praktikabilität der besprochenen Dialyseverfahren aus, indem er zunächst darauf verweist, dass die zuvor vorgestellte Peritonealdialyse geNAUso gut gehen würde (Zeile 11) wie die davor thematisierte Hämodialyse (vgl. Datum 3, Zeile 01-10). Auf diese Weise macht er dem Patienten deutlich, dass in seinem Fall aus medizinisch-technischer Sicht zwar beide Behandlungsverfahren in Frage kommen, es sich hier also um medizinisch gleichermaßen indizierte Behandlungsmethoden handelt (vgl. Kap. 5.4), die sich jedoch, wie er im unmittelbaren Anschluss verdeutlicht, in Bezug auf die Behandlungsabläufe und der damit verbundenen Einschränkungen deutlich voneinander unterscheiden: So bringt der Arzt in Zeile 12 den Vorzug, den er der Peritonealdialyse einräumt, durch die konditionale Expansion wenn nich sogar !BES!ser zum Ausdruck und begründet dies anschließend, indem er den Patienten auf die damit verbundene möglichkeit [...] mehr FREIheiten zu haben (Zeile 13-18) hinweist. Der Arzt betont hier also erneut den Vorrang, den er der Peritonealdialyse gegenüber der Hämodialyse einräumt, jedoch zeichnen sich seine Ausführungen – wie bereits seine erste diesbezügliche Empfehlung (vgl. Datum 2) – durch eine auffallend starke Modalisierung aus: So fällt nicht nur die durchgehend konjunktivistische Formulierung (Zeile 05, 11, 13) ins Auge, sondern auch die Heckenausdrücke (halt, Zeile 13; eigentlich, Zeile 18) und die explizite Markierung, dass es sich hierbei um seine persönliche Meinung handelt (MEIner einschätzung nach, Zeile 09). Besonders auffallend sind auch die deutlichen Hesitationsphänomene, etwa die gedehnten Verzögerungspartikeln ähm (Zeile 01, 14), das mehrfache tiefe Einatmen (Zeile 01, 13) sowie die teils sehr langen Pausen (Zeile 02, 04, 06, 08, 10, 17, 19 und v. a. 15). Insbesondere letztere lassen sich als sprachliche Mittel zur Verständnissicherung bzw. als "orientation towards agreement" im Sinne Hudaks et al. (2011: 1036) interpretieren, was in besonderer Weise daran deutlich wird, dass der Arzt seine in Zeile 13 begonnene Konstruktion erst dann weiterführt, nachdem der Patient diese – im Anschluss an eine längere Pause (Zeile 15) – durch ein Rückmeldesignal ratifiziert hat (Zeile 16).

Durch die hier aufgeführten sprachlichen Mittel erfolgt ein *Framing* (Goffman 1974, Matthes 2014) der Empfehlung als problematische Sprechhandlung, was wiederum auf das in Kapitel 5 beschriebene Spannungsfeld zwischen ärztlicher Fürsorgeplicht und Patientenautonomie sowie auf die rechtlichen Vorgaben hinsichtlich ärztlicher Empfehlungen im Fall des Vorliegens gleichwertiger Behandlungsmethoden (vgl. Kap. 5.4) zurückzuführen ist.

Wie bereits in Datum 2 begründet der Arzt auch hier im unmittelbaren Anschluss seine Empfehlung unter implizitem Rückgriff auf die Lebenswelt des Patienten, indem er deren Vorteil betont, den er darin sieht, dass dieses Verfahren dem Patienten mehr Frei-

raum bietet – Freiraum, den dieser unter anderem zur Ausübung seines Studiums benötigt (vgl. Datum 2, Zeile 13)⁵⁴. So stellen auch Costello und Roberts (2001) fest, dass im Anschluss an ärztliche Empfehlungen seitens des Arztes oft Gründe eingebracht werden, die den Vorzug des empfohlenen Therapieverfahrens verdeutlichen. Solche die Empfehlung nachbereitenden Aktivitäten beschreiben die Autoren (2001: 246) zutreffenderweise als "conversational work that is done to get patient on board with the recommendation" und betonen, dass die hauptsächliche Arbeit einer Empfehlung darin besteht, diese zu erläutern und als legitime Handlung zu rechtfertigen mit dem Ziel, den Patienten auf diese Weise zu überzeugen (ebd., vgl. auch Roberts 1999: 74).

Nachdem der Arzt den Patienten anschließend über die mit einer Dialysetherapie generell verbundenen Einschränkungen und Erfordernisse – beispielsweise die Notwendigkeit einer dauerhaften Medikation – aufgeklärt hat, kommt er schließlich wieder auf die Wahl des Dialyseverfahrens zurück und spricht nun initiativ eine Empfehlung bezüglich des Zeitpunkt des Therapiebeginns aus:

Fallbeispiel 4, Datum 5: !MEI!ne tendenz (12:18-12:40)

```
01 A äh !MEI!ne tendenz wäre ganz ehrlicherweise
02
     dass wir da gar nich lange WARten sollten (.)
     °hh äh:m
03
     (0.43)
04 A sondern
05
     (0.22)
06 A gleich anfang nächster woche
     uns für eins der beiden verfahren entSCHEIden sollten
08
     (0.21)
09 A und am BESten (.) äh:m (.) GLEICH am montag (.) ent-
     weder
10
     (0.39)
11 A die katheter äh (.) anlage im (.) im bauch anstreben
     SOLLten °h
12
     oder (.) aber nen dauerhaften katheter (.)
13
     ähm über den (.) mit dem sie auch nach HAUse gehen
     könnten
```

Wie auch in Datum 2 nennt der Arzt hier jedoch lediglich Gründe, die für den Vorzug der Peritonealdialyse sprechen, während er erst an späterer Stelle begründet, weshalb er die Hämodialyse nicht für angezeigt hält (vgl. Datum 7).

Der Arzt rät dem Patienten hier zu einer raschen Entscheidung für eines der beiden zuvor vorgestellten Dialyseverfahren, wobei er diese Empfehlung unabhängig von der Wahl des Dialyseverfahrens macht und vielmehr verdeutlicht, dass die Notwendigkeit eines baldigen Therapiebeginns sowohl bei einer Entscheidung für die Peritonealdialyse (Zeile 09-11) als auch im Fall der Wahl der Hämodialyse (Zeile 12-13) besteht. Indem der Arzt hier beide Dialyseverfahren als mögliche Optionen anspricht und den Patienten explizit darauf verweist, dass eine diesbezügliche Entscheidung noch aussteht (Zeile 02-07), verdeutlicht er, dass er den Patienten durch seine vorausgehenden Empfehlungen (Datum 2 und 4) offensichtlich auf kein Verfahren festlegen wollte, sondern dass ihm trotz seiner starken Tendenz hinsichtlich der Peritonealdialyse an einer kollaborativen Entscheidungsfindung gelegen ist (Zeile 02-07).

Wie bereits in den zuvor analysierten Sequenzen schwächt der Arzt auch hier seine Empfehlung durch zahlreiche sprachliche Mittel ab: Zunächst charakterisiert er seine Empfehlung vorweg als persönliche *tendenz* (Zeile 01) und verleiht ihr somit einen stark subjektiven Charakter, was insbesondere durch den Fokusakzent auf dem Pronomen !MEI!ne (Zeile 01) deutlich wird. Abschwächend wirken auch der durchgehend verwendete Konjunktiv (Zeile 01, 02, 07, 11, 13) sowie die Hesitationspartikeln äh (Zeile 01, 11) bzw. ähm (Zeile 02, 09, 13). Unterstützt wird dieser Eindruck durch das tiefe Einatmen des Arztes in Zeile 02 und die zahlreichen Pausen (Zeile 03, 05, 08, 10). Indem der Arzt seine Ausführungen hier, wie auch bereits in Datum 1, in der ersten Person Plural formuliert (Zeile 02 ff.), unterstreicht er indes sein Anliegen einer gemeinsamen Entscheidungsfindung (s. o.).

Auf der anderen Seite hat die Empfehlung des Arztes jedoch auch einen dringlichen Charakter: So signalisiert er dem Patienten durch die Verwendung des Adverbs *ehrlicherweise* (Zeile 01), das durch die Gradpartikel *ganz* (Zeile 01) eine zusätzliche Aufwertung erfährt, die Ernsthaftigkeit der Lage und benennt eine Frist, innerhalb der die Entscheidung bezüglich des Dialyseverfahrens getroffen werden (Zeile 06-07) bzw. sogar bereits mit der Therapie begonnen werden sollte (Zeile 08). Durch die oben aufgezeigte Modalisierung der Äußerung gelingt es dem Arzt hier jedoch trotz dieses Hinweisens auf die Dringlichkeit einer therapeutischen Intervention, eine Einengung und Fremdbestimmung des Patienten zu vermeiden.

Im Anschluss an diesen Ausschnitt stellt der Patient einige Nachfragen zu den vorgestellten Therapieverfahren und übernimmt auf diese Weise zum ersten Mal in diesem Gespräch das Rederecht:

Fallbeispiel 4, Datum 6: *des is GUT* (12:40-12:59)

```
01 P also DAUerhaft katheter hier am hals das [heißt ]
02
     ich muss äh IMmer (.) °h wöchentlich paar mal hier ne
     (.) äh
03 A
                                                [genau]
04 A das wär dann DREI mal die woche h[ier in die ](.) äh:
     (.) zur diaLYse
05 P
                                        [drei mal
                                                    ]
06 P OKAY
07
     (0.21)
08 P °h und das ANdre kann ich dann (.)
     [halt zuhause machen
09 A [und das andere würden sie (.) w] ürden sie zuHAUse
     machen
10
     (0.48)
11 P und muss ich auch so AB und zu so irgendwann zum
     krankenhaus kommen um [ne]
12
13 A
                            [al]le sechs WOchen
14
     (0.24)
     alle sechs wochen (.) AH des is GUT
16
     (0.89)
```

Was bezüglich dieser Sequenz hervorgehoben werden soll, ist weniger das verbale Verhalten des Arztes, der dem Patienten hier dessen Fragen zur Hämo- (Zeile 01-02) und zur Peritonealdialyse (Zeile 08) beantwortet, sondern vielmehr die Äußerungen des Patienten, aus denen sich wiederum auf dessen Haltung hinsichtlich der in Frage kommenden Therapieverfahren schließen lässt. Während das Verhalten des Patienten sich bisher als äußerst zurückhaltend beschreiben lässt und auf minimale Rückmeldesignale reduziert – man beachte, dass ja das einzige Wort ist, dass der Patient (wenn auch wiederholt) in allen fünf zuvor analysierten Transkriptausschnitten geäußert hat -, ergreift der Patient nun das Rederecht und bringt zunächst sein Verständnis bezüglich des Ortes und der Regelmäßigkeit der Hämodialyse zum Ausdruck (Zeile 01-02), wobei er seine Aussage als Frage intoniert und auf diese Weise eine Reaktion des Arztes einfordert. Nach einer diesbezüglichen Bestätigung des Arztes (Zeile 03-04) vergewissert er sich schließlich, dass die Peritonealdialyse zuhause ausgeführt wird (Zeile 08) und keine häufigen Krankenhausbesuche erfordert (11-12), worin für ihn der zentrale Vorteil dieses Verfahrens zu liegen scheint: Denn als der Arzt ihn auf seine Frage hin, ob er im Fall einer Peritonealdialyse auch so AB und zu so irgendwann zum krankenhaus kommen (Zeile 11-12) müsse, darüber informiert, dass dies lediglich in einem sechswöchigen Rhythmus erforderlich sei (Zeile 13), quittiert er dies in Zeile 15 mit den Worten *AH des is GUT* und nimmt auf diese Weise eine positive Bewertung dieses Verfahrens vor.

Der Arzt wiederum nutzt diese Gelegenheit, um im Anschluss erneut eine Empfehlung hinsichtlich der Peritonealdialyse auszusprechen:

Fallbeispiel 4, Datum 7: !IH!re entscheidung (13:03-13:34)

```
01 A °h ich WÜRD ihnen das auch
     (1.6)
03 A ich SOLL s ja gar nich em!PFEH!:len eigentlich
04 P ja
05
    (0.23)
06 A es soll !IH!re entscheidung sein (.) °h
     aber ich (.) hab die tendenz ihnen das DOCH
80
    n bisschen zu emPFEHlen
09 P ja
    (0.25)
10 A ä [hm ich GLAUB damit k
                                        ]ommen se (.) GUT
11
     zurecht
    [ich denk des will ich auch gerne ]
13 A und ich glaub des is f (.) auch für ihre situation
     !GUT!
14 P ja
15 A und des is ohnehin auch en sehr sehr GUtes verfahren
     das is gar keine FRAge
17
    (0.38)
18 A sie sind von der diÄT (.) weniger eingeschränkt (.)
     [äh: ]m und
19 P [ja ]
20
     (0.25)
21 A sie (.) haben (.) DEUTlich mehr mobilität (.)
     und haben nich dieses drei mal die woche
22
     wo sie festgebunden sind
23 P ja (.) gen[au
24 A
               [ham s ] (.) SELber (.) BESser in der hand
```

```
25 (0.21)26 P ja27 (0.65)
```

Die Empfehlung für die Peritonealdialyse wird hier wie auch in den zuvor analysierten Sequenzen (Datum 2, 4 und 5) initiativ vom Arzt eingebracht und zeichnet sich wie auch zuvor durch eine auffallend intensive Modalisierung aus: So verleiht der Arzt seiner Empfehlung durch die konjunktivistische Einleitung mittels ich WÜRD (Zeile 01) gleich zu Beginn einen sehr subjektivierenden Charakter. Er bricht diese Konstruktion jedoch kurz darauf ab und fügt nach einer Pause (Zeile 02) eine Parenthese ein, in der er metakommunikativ auf die Problematik einer solchen Empfehlung hinweist (ich SOLL_s ja gar nich em!PFEH!:len eigentlich, Zeile 03) und anschließend betont, dass die Entscheidung über die Behandlungsoptionen ganz dem Patienten überlassen bleiben muss: es soll !IH!re entscheidung sein (Zeile 06). Auf diese Weise referiert der Arzt implizit auf die in Kapitel 5.4 dargestellten ethisch-rechtlichen Anforderungen, die Ärzte dazu anhalten, im Fall des Vorliegens mehrerer medizinisch gleichermaßen indizierter Behandlungsmethoden die Entscheidung dem Patienten zu überlassen. Dies wiederum erfordert jedoch auch die aktive Mitarbeit des Patienten im Entscheidungsprozess, und so verdeutlicht der Arzt diesem hier auch durch die auffallend intensive Betonung des Possessivpronomens !IH!re die aktive Rolle, die von ihm im Entscheidungsprozess erwartet wird.

Eingeleitet durch ein adversatives aber (Zeile 07) spricht der Arzt sich anschließend trotzdem für die Wahl der Peritonealdialyse aus: ich (.) hab die tendenz ihnen das doch n bisschen zu empfehlen (Zeile 07-08). Diese Empfehlung relativiert der Arzt hier, indem er sie wie auch schon in Datum 5 als persönliche tendenz (Zeile 07) charakterisiert und das verwendete Verb empfehlen (Zeile 08) durch den Heckenausdruck n bisschen (Zeile 07) abschwächt. Nach einem kurzen Rezeptionssignal des Patienten und einer Pause (Zeile 09-10) beginnt der Arzt anschließend, Gründe für seine Empfehlung zu benennen (Zeile 11-24, vgl. auch Datum 04), wobei sich auch diese Sequenz durch Subjektivierungen wie etwa die zweimalige Verwendung der epistemischen Matrix-Konstruktion ich glaub (Zeile 11 und 13) sowie durch zahlreichen Pausen (Zeile 17, 20, 25), Hesitationspartikeln (Zeile 11 und 18) und Konstruktionsabbrüche und wiederaufnahmen (Zeile 13) auszeichnet. Als Gründe führt der Arzt hier seine Vermutung an, dass der Patient mit dem Verfahren der Peritonealdialyse gut zurechtkommen werde (Zeile 11) und dass dieses hinsichtlich seiner Lebensumstände gut geeignet sei (Zeile 13). Des Weiteren betont er die grundsätzliche Qualität des Verfahrens (Zeile 15-16) und nennt die Freiheit bezüglich der Ernährung (Zeile 18), die Mobilität (Zeile 21-22) und die Eigenverantwortung und Unabhängigkeit (Zeile 24) als wesentliche Vorteile der Peritonealdialyse. Während der Arzt sich bisher in seinen Begründungen für den Vorzug der Peritonealdialyse lediglich auf die Nennung der Vorteile dieses Verfahrens beschränkt hat, argumentiert er hier nun auch mit den Nachteilen der Hämodialyse – die eingeschränkte Diät und Mobilität (Zeile 18 und 22) – und kontrastiert die beiden Verfahren auf diese Weise nachdrücklich.

Auch hier manifestiert sich die Empfehlung also als erklärungs- bzw. begründungsbedürftige Handlung (vgl. Datum 2 und 4), wobei bezüglich der hier vom Arzt vorgebrachten Gründe auffällt, dass er diese – abgesehen von der Betonung der generellen Qualität des Peritonealdialyseverfahrens – alle auf die Lebenswelt des Patienten rückbezieht und somit sein Interesse daran zeigt, eine Entscheidung zu treffen, die für die *situation* des Patienten !GUT! ist (Zeile 13), mit der dieser GUT zurecht[kommt] (Zeile 11) und die ihm eine möglichst uneingeschränkte Lebensgestaltung erlaubt (Zeile 18-24). Auf diese Weise bestimmt der Arzt die Lebensumstände und Bedürfnisse des Patienten als alleinige Determinanten der Entscheidung hinsichtlich des Dialyseverfahrens, wodurch sein Verständnis seiner eigenen Rolle als Fürsprecher in Bezug auf die Interessen des Patienten (s. o.) in besonderer Weise deutlich wird.

Der Patient pflichtet der Empfehlung des Arztes indes, wenn auch zunächst etwas zögerlich, bereits simultan zu der Benennung des ersten Arguments für die Peritonealdialyse (Zeile 11) bei (*ich denk des will ich auch gerne*, Zeile 12) und bejaht auch die anschließenden Ausführungen des Arztes mehrfach (Zeile 14, 19, 23, 26). Der Arzt wertet dies offensichtlich als Zustimmung, und so unterbreitet er dem Patienten direkt im Anschluss an diese Sequenz einen konkreten Vorschlag für die nächsten Behandlungsschritte und leitet auf diese Weise die Phase der Besprechung der weiteren Vorgehensweise (vgl. Kap. 6.1) ein:

7.2.1.3 Der weitere Gesprächsverlauf

Fallbeispiel 4, Datum 8: *MONtag* (13:34-13:49)

```
01 A dann (.) HÄTte ich vorgeschlagen
     dass ich unsern chirurgen (.) bescheid sage
02
     dass sie (.) °h da für MONtag gleich vorgesehen werden
03
04
     und dass wir am montag dann GLEICH diese
05
     (0.81)
06 A diese BAUCHfell (.) dialysekatheteranlage machen
     [dann ]
07 P [hm hm ]
80
     (0.22)
09 A dann würden wir noch ma kommen (.)
     irgendeiner von uns °h [wir]d sie DA (.) drüber
     aufklären (.)
11 P
                             [ja ]
```

Der Arzt benennt hier als nächsten Behandlungsschritt einen Operationstermin zur Implementierung der bauchfell (.) dialysekatheteranlage (Zeile 06) am folgenden MOntag (Zeile 03) sowie ein diesbezügliches Aufklärungsgespräch (Zeile 09-10), womit sich der Patient einverstanden zeigt (Zeile 07, 11). Anders als in den vorherigen Fallbeispielen besteht hier offensichtlich eine Dringlichkeit hinsichtlich einer therapeutischen Intervention, weshalb die Entscheidung bezüglich des Therapiebeginns weniger Verhandlungsraum lässt als dort. Dennoch formuliert der Arzt sein Vorhaben in Bezug auf die weitere Behandlung als Vorschlag (dann (.) HÄTte ich vorgeschlagen [...], Zeile 01), den er durch die konjunktivistische Formulierung (Zeile 01, 09) zusätzlich abschwächt. Auf diese Weise präsentiert sich der Arzt auch zu Gesprächsabschluss in seiner Rolle als Ratgeber und Begleiter, der nicht nur über die Behandlungsoptionen informiert, sondern den Patienten vielmehr durch den Entscheidungsprozess geleitet und ihm auch bezüglich der anstehenden Behandlungsschritte zur Seite steht (vgl. Zeile 04-09).

7.2.1.4 Zwischenresümee zur Fallanalyse 4

In Fallbeispiel 4, bei dem es sich um ein Folgegespräch im Rahmen eines Klinikaufenthalts des noch sehr jungen, akut nierenkranken Patienten handelt, geht es, anders als in den zuvor analysierten Gesprächen, weniger um eine ausführliche Explikation der zur Verfügung stehenden Behandlungsmethoden. Denn da der Patient über diese bereits informiert wurde, gilt es hier vielmehr, schnellstmöglich eine Entscheidung zu treffen und ein Verfahren auszuwählen, das für den Patienten und seine Lebensumstände am besten geeignet ist. Der Arzt hält, wie sich in diesem Gespräch mehrfach zeigt, seine eigenen Einschätzungen nicht verdeckt und empfiehlt dem Patienten mehrmals die Wahl der Peritonealdialyse, die er aus verschiedenen Gründen für das angezeigte Verfahren hält. Im Gegensatz zu den zuvor analysierten Fallbeispielen, in denen die Empfehlungen jeweils von den Patienten eingefordert werden, bringt der Arzt seine Empfehlungen hinsichtlich der Peritonealdialyse sowie hinsichtlich des Zeitpunkts des Therapiebeginns initiativ ein, wobei auffällt, dass die Modalisierungen der Empfehlungen im Vergleich zu den ersten drei analysierten Fallbeispielen deutlich intensiver ausfallen. Dies wiederum lässt sich darauf zurückführen, dass der Arzt hier angesichts der Tatsache, dass er seine Empfehlungen unaufgefordert ausspricht, besonderen Wert darauf zu legen scheint, den Patienten auf diese Weise nicht fremdzubestimmen oder einzuschränken. Dieser Eindruck lässt sich auch im Hinblick auf das zweite, hier nicht analysierte Gespräch aus dem dieser Arbeit zugrunde liegenden Korpus, in dem die Empfehlung initiativ vom Arzt eingebracht wird, bestätigen.

Zudem fällt auf, dass sich die wertende Haltung des Arztes bereits zu Gesprächsbeginn sehr deutlich manifestiert: Denn während sich die Ärzte in den bisher analysierten Gesprächen im Rahmen der Aufklärung über die Behandlungsmöglichkeiten – insbesondere in der Anfangsphase der Gespräche – zumindest darum bemühen, eine gewisse Neutralität zu wahren, nimmt der Arzt hier von Beginn an eine wertende Position ein. Dies kann einerseits dadurch erklärt werden, dass der Patient hier nicht im eigentlichen Sinne

über die Behandlungsmethoden aufgeklärt wird, sondern über diese bereits – vielleicht auf eine zunächst neutralere Art – informiert wurde. Dementsprechend konnte auch in den ersten drei Fallbeispielen beobachtet werden, dass die Ärzte nach einer anfänglichen (und zudem oft nur suggerierten) Neutralität schließlich, zumeist angeregt durch diesbezügliche Nachfragen bzw. Bitten der Patienten, zu einem bewertenden Modus überwechseln. Dieser scheint also insbesondere ein Phänomen von Folgegesprächen bzw. von späteren Phasen eines Erstgesprächs zu sein und durch eine anfängliche, zumindest suggerierte Neutralität bzw. Objektivität legitimiert zu werden, ein Blick auf weitere Gespräche aus dem dieser Arbeit zugrunde liegenden Korpus unterstreicht dieses These. Diese Beobachtung verweist auf die Feststellung Roberts (1999: 105 ff.) bezüglich der Notwendigkeit, in ärztlichen Gesprächen zunächst eine Grundlage für eine anschließend erfolgende Bewertung des Arztes hinsichtlich der Behandlungsoptionen zu schaffen. Dies geschieht durch verschiedene verbale Handlungen,

that were [..] working to create and maintain the occasion as appropriate for advice-giving: The allocation of turns and turn types, verbal management of the medical agenda, displays of access to knowledge, resistance to or engagement with patient troubles-talk – all these were doing the work necessary for constructing the occasion as one in which medical recommendations or advice-giving became a legitimate activity. (Roberts 1999: 106)

Ein weiterer Grund, der die wertende Haltung des Arztes hier erklärt, ist indes der zwingende Vorteil, den dieser im Fall des Patienten offensichtlich in der Peritonealdialyse sieht: Während der Arzt beispielsweise im ersten Fallbeispiel nicht explizit begründet, weshalb er die Peritonealdialyse dort für das geeignetere Verfahren hält, nennt er hier gleich zu Beginn das Studium des Patienten als Grund für die Wahl selbiger, was er im weiteren Verlauf des Gesprächs auch mehrfach ausführt und beispielsweise die Mobilität und Uneingeschränktheit betont, die das Verfahren der Peritonealdialyse ermöglicht. Der Arzt sieht dementsprechend große Evidenz darin, dem Patienten die Peritonealdialyse zu empfehlen, was wiederum zu einem wiederholten und intensiven Anraten selbiger führt.

Auch die Ärzte der Arbeitsgruppe um Gordon Guyatt schlagen in ihrem *GRADE system* (2008), mit dem sie Empfehlungen nach deren "Stärke" auf einer Skala von *strong* bis *weak* klassifizieren, die Auswirkungen einer Therapie als Maßstab hinsichtlich der "Stärke" einer diesbezüglichen Empfehlung vor, wobei sie sich damit nicht nur auf die medizinischen bzw. gesundheitlichen Effekte einer Therapie beziehen, sondern auch die Konsequenzen auf die Lebensgestaltung des Patienten einschließen:

The larger the difference between the desirable and undesirable effects, the higher the likelihood that a strong recommendation is warranted. The narrower the gradient, the higher the likelihood that a weak recommendation is warranted. (Guyatt et al. 2008: 1049)

Auch wenn die Empfehlungen hier im letzten Fallbeispiel also nicht vom Patienten eingefordert, sondern initiativ vom Arzt eingebracht werden, scheinen sie ebenso legitim

und angebracht zu sein wie diese: So ist die Empfehlungen des Arztes bezüglich des Therapiebeginns nicht nur hilfreich, um dem Patienten die Entscheidung zu erleichtern, sondern aus medizinischer Sicht sogar zwingend erforderlich, um dessen Gesundheit nicht durch einen unnötigen Aufschub der Therapie zu gefährden. Die Empfehlung bezüglich der Dialyseform ist indes aus medizinischer Sicht zwar nicht notwendigerweise geboten, zeigt aber umso deutlicher die Orientierung des Arztes an den Bedürfnissen des Patienten und das Verständnis seiner eigenen Rolle als Fürsprecher hinsichtlich dessen Interessen: Denn da es sich bei dem Patienten um einen Studenten handelt, würde ihn die Hämodialyse, die drei Mal pro Woche eine fünfstündige Behandlung in einem Dialysezentrum erfordert, in seinem universitären Werdegang voraussichtlich erheblich einschränken, wohingegen ihm mit der vom Arzt vorgeschlagenen Peritonealdialyse zumindest eine gewisse Flexibilität erhalten bliebe.

Auf diese Weise verdeutlicht sich das Bemühen des Arztes, eine Entscheidung zu finden, mithilfe derer das medizinisch Gebotene mit den Bedürfnissen und Wünschen des Patienten in Einklang gebracht werden kann (vgl. Spranz-Fogasy 2005: 22), und auf diese Weise ein Gleichgewicht herzustellen zwischen medizinischen Erfordernissen und Patientenwünschen, zwischen dem ärztlichen Erfahrungswissen und den individuellen Patientenvorstellungen, zwischen der ärztlichen Fürsorgepflicht und der Patientenautonomie – ein Balanceakt, der sicherlich eine der größten Herausforderungen in einem Arzt-Patienten-Gespräch darstellt.

8. FAZIT

Im Folgenden möchte ich die Ergebnisse der Analysen der untersuchten nephrologischen Therapieplanungsgesprächen unter Rückbezug auf den theoretischen Teil dieser Arbeit zusammenfassen, um die Bedeutsamkeit, die Empfehlungen in medizinischen Entscheidungsprozessen zukommt, hervorzuheben. Anschließend sollen darauf aufbauend Vorschläge hinsichtlich der Formulierung und Positionierung von ärztlichen Empfehlungen in Therapieplanungsgesprächen erarbeitet werden, die sich auch auf weitere Formen der Arzt-Patienten-Interaktion beziehen lassen.

8.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Um zu zeigen, welcher Stellenwert ärztlichen Empfehlungen im Kontext der Therapieplanung zugeschrieben werden kann, habe ich in dieser Arbeit auf der Grundlage von nephrologischen Therapieplanungsgesprächen erarbeitet, unter welchen Voraussetzungen und auf welche Weise Ärzte ihre Empfehlungen einbringen, wie Patienten hierauf reagieren und wie sich Empfehlungen auf den weiteren Verlauf des Gesprächs auswirken. Um für diese Analysen eine sowohl theoretische als auch methodische Grundlage zu schaffen, wurde zunächst die in dieser Arbeit angewandte Methode der linguistischen Gesprächsanalyse sowie deren Wegbereiter – die Ethnomethodologie und die Konversationsanalyse - vorgestellt und deren jeweilige Grundprinzipien beleuchtet. Anschlie-Bend wurden die verschiedenen Modelle der Entscheidungsfindung in Arzt-Patienten-Gesprächen dargestellt und hinsichtlich des Stellenwerts, der Empfehlungen darin jeweils zukommt, diskutiert. Dabei konnte herausgestellt werden, dass Empfehlungen lediglich im Shared-Decision-Making-Modell, das eine gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient vorsieht, eine Rolle spielen, während Ärzte im Sinne des paternalistischen Modells vielmehr Anweisungen statt Empfehlungen aussprechen und im Sinne des Dienstleistungsmodell eher objektiv über die Behandlungsoptionen aufklären als selbige zu empfehlen.

Da es bisher kaum Untersuchungen zu der Sprechhandlung Empfehlung allgemein sowie zu Empfehlungen in medizinischen Kontexten gibt, habe ich daraufhin den Versuch unternommen, Empfehlungen von verwandten Sprechhandlungen wie Vorschlägen oder Anweisungen abzugrenzen, um auf diese Weise die besonderen Merkmale von Empfehlungen herauszuarbeiten und darauf aufbauend eine Arbeitsdefinition von ärztlichen Empfehlungen zu entwickeln. Unter ärztlichen Empfehlungen verstehe ich demgemäß persönliche und fachliche Einschätzungen, Beurteilungen und Bewertungen der Ärzte bezüglich verschiedener therapeutischer Maßnahmen, durch welche diese als medizinische Experten den Patienten eine solche Maßnahme nahelegen oder auch von dieser abraten können.

Anschließend habe ich auf die Problematik ärztlicher Empfehlungen hingewiesen, die stets vor dem Spannungsfeld von ärztlicher Fürsorgepflicht und der Autonomie des Patienten betrachtet werden müssen: So kann zwar einerseits postuliert werden, dass Ärzte

durch ihre Empfehlungen den Patienten übermäßig beeinflussen und auf diese Weise dessen Autonomie und Selbstbestimmtheit gefährden, wobei auf der anderen Seite ein Verzicht auf die Empfehlungen von Ärzten immer auch ein Verzicht auf deren Expertise und Erfahrungswissen und somit letztendlich eine Einschränkung von deren Fürsorgepflicht bedeuten würde.

Nachdem anschließend einige wichtige Informationen zu den Inhalten und Aufgaben nephrologischer Therapieplanungsgespräche als Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit gegeben wurden, habe ich in einer gesprächsanalytischen Untersuchung sprachliche Merkmale und Besonderheiten ärztlicher Empfehlungen in den untersuchten Gesprächen herausgearbeitet. Ausgangspunkt der Analysen war die Beobachtung, dass Ärzte in neun von den insgesamt elf dieser Arbeit zugrundeliegenden Gesprächen Empfehlungen einbringen, und diese in sieben Gesprächen sogar von den Patienten eingefordert werden. Dies verweist bereits sehr deutlich auf den hohen Stellenwert, den Patienten ärztlichen Empfehlungen zuschreiben, was sich durch die gesprächsanalytische Untersuchung von vier exemplarischen Fallbeispielen bestätigen ließ.

Die Analysen zeigten, dass die Ärzte insbesondere in den ersten drei Fallbeispielen zunächst darum bemüht sind, die in Frage kommenden Behandlungsalternativen objektiv und neutral vorzustellen und die Entscheidung hierüber den Patienten zu überlassen. Dementsprechend lassen sich hier auch vermehrt Bemühungen der Ärzte feststellen, die Patienten aktiv in den Entscheidungsprozess einzubeziehen – sei es durch die Verwendung des Pronomens wir (vgl. etwa Fallbeispiel 3, Datum 1 oder Fallbeispiel 2, Datum 8), durch die Betonung der Präferenzen und Wünsche der Patienten als Basis der Entscheidungsfindung (vgl. bspw. Fallbeispiel 1, Datum 2 oder Fallbeispiel 3, Datum 4-8) oder durch explizite Hinweise auf die Rolle des Patienten als Entscheidungsträger (vgl. etwa Fallbeispiel 4, Datum 7, Zeile 06: es soll !IH!re entscheidung sein). Die Rolle als Entscheidungstragende scheinen viele Patienten jedoch nicht vorbehaltlos annehmen zu wollen, und so bitten sie die Ärzte um Empfehlungen hinsichtlich der Behandlungsmethode (Fallbeispiel 1 und 2), eines geeigneten Zeitpunkts für den Therapiebeginn (Fallbeispiel 2) oder bezüglich der Frage nach einem eventuellen Therapieverzicht (Fallbeispiel 3). Auf diese Weise zeigt sich sehr deutlich die Orientierung der Patienten an der Meinung der Ärzte als medizinische Experten, die für sie als medizinische Laien als Maßstab fungiert, an dem sie sich in ihren Entscheidungen und Handlungen orientieren möchten.

Die Empfehlungen der Ärzte zeichnen sich indes durch zahlreiche Hesitationsphänomene, tentative Formulierungen, Relativierungen und Subjektivierungen aus, durch welche sie diese als persönliche Einschätzung rahmen und den Patienten so zu verstehen geben, dass die Entscheidung nach wie vor bei ihnen liegt. Empfehlungen manifestieren sich auf diese Weise als potentiell problematische Handlungen im ärztlichen Gespräch, was auf das in Kapitel 5 beschriebene Spannungsfeld zwischen ärztlicher Fürsorgeplicht und Patientenautonomie sowie auf die ethisch-rechtlichen Vorgaben hinsichtlich ärztlicher Empfehlungen zurückzuführen ist. Ein solches *Framing* von Empfehlungen zeigt sich

insbesondere auch darin, dass diese zumeist sehr aufwendig interaktiv vor- und nachbereitet werden, sei es durch verschiedene Ankündigungsaktivitäten, durch Begründungen, durch weiterführende Erklärungen oder durch Explikation von medizinischem Hintergrundwissen. Diesbezüglich stellt auch Roberts (1999: 74) fest: "It is clear that the main work to be accomplished is to explain and to justify the recommendation, to persuade the patient to take a particular course of action."

Insbesondere im letzten Fallbeispiel, in dem der Arzt seine Empfehlungen im Gegensatz zu den vorherigen drei Gesprächen initiativ einbringt, fallen die starken Abschwächungen und Relativierungen sowie die zahlreichen Begründungen der Empfehlungen ins Auge. Dies legt die Vermutung nahe, dass der Arzt hier besonderen Wert darauf legt, den Patienten durch seine Empfehlungen, die in diesem Fall ja nicht eingefordert wurden, in seiner Entscheidungsfreiheit nicht zu sehr einzuschränken. Durch derartige Modalisierungen ihrer Empfehlungen schaffen die Ärzte also die Voraussetzungen für die Patienten, die Empfehlungen zu überdenken, zu befolgen oder auch zurückzuweisen tund können so einer zu großen Einflussnahme auf diese bzw. gar deren Fremdbestimmung vorbeugen.

In diesem Sinne sind ärztliche Empfehlungen – sofern die Entscheidung letztlich dem Patienten überlassen bleibt – auch nicht als Einschränkung der Autonomie des Patienten zu betrachten, sondern fungieren vielmehr als wichtiger Bestandteil des gegenseitigen Informationsaustauschs zwischen Arzt und Patient, wie er beispielsweise vom *Shared-Decision-Making*-Modell (vgl. Kap. 3.3) vorgesehen wird. Denn ein intensiver Austauschprozess, in dem die Lebensumstände, Präferenzen und eventuelle Bedenken der Patienten ebenso Platz finden wie die Tendenzen und Empfehlungen des Arztes, kann das Selbstbestimmungsrecht des Patienten sogar besser schützen als die – insbesondere in den ersten zwei Fallbeispielen – von den Ärzten hinsichtlich der Behandlungsoptionen gewahrte "künstliche Neutralität" (vgl. Quill/Brody 1996: 29). So schreiben auch Quill und Brody (ebd.) bezüglich des Vorteils ärztlicher Empfehlungen gegenüber dem Versuch einer völlig neutral gehaltenen Aufklärung:

-

Während in dem dieser Arbeit zugrundeliegenden Korpus die ärztlichen Empfehlungen zwar kaum zurückgewiesen werden, weisen die Daten von Stivers (2005) und Costello und Roberts (2001) einige diesbezügliche Fälle auf. So stellt etwa Stivers (2005a: 949) hinsichtlich der Möglichkeit, ärztlichen Empfehlungen zu widersprechen, fest: "Through [...] active resistance, parents have resources with which to negotiate for a treatment outcome that is in line with their own wants."

Dass ärztliche Empfehlungen eine Selbstbestimmtheit des Patienten nicht ausschließen, zeigt auch das Modell des informierten Einverständnisses nach Faden und Beauchamp (1986): So betonen die Autoren in ihren Ausführungen immer wieder die Notwendigkeit, dass der Patient die Entscheidung frei von äußeren Einflüssen und Zwängen treffen müsse, führen ärztliche Empfehlungen in ihrem Modell jedoch als wichtigen Bestandteil und Voraussetzung eines informierten Einverständnisses auf (Beauchamp und Faden 1986: 117 ff.).

[...] an open dialogue, in which the physician frankly admits his or her biases, is ultimately a better protector of the patient's right to autonomous choice than artificial neutrality would be. Because the biases of a physician will probably subtly infiltrate the conversation even if he or she tries hard to remain neutral, it may be better to explicitly label these values than to leave them outside of the conscious control of either participant.

Auf diese Weise lässt sich die im *Shared-Decision-Making*-Modell formulierte Forderung nach einer gemeinsamen Entscheidung hinsichtlich der Bewertung von Empfehlungen konkretisieren: Denn gemeinsam eine Entscheidung zu treffen bedeutet, dass weder der Patient noch der Arzt seine Meinungen, Einschätzungen und Erfahrungen verdeckt halten muss, sondern dass diese – und somit auch die Empfehlungen des Arztes – ein zentraler Bestandteil des Entscheidungsdialogs sind, in dem es gilt, "die Möglichkeiten einer therapeutischen Intervention zwischen medizinisch Gebotenem und den alltagspraktischen Erfordernissen des Patienten" (Spranz-Fogasy 2005: 22) auszuhandeln.

Das Erreichen einer solchen Balance zwischen den Einschätzungen des Arztes und den medizinischen Erfordernissen einerseits und den Vorstellungen, Wünschen und Bedürfnissen des Patienten andererseits stellt eine große Herausforderungen in ärztlichen Gesprächen dar und bedarf der kooperativen Zusammenarbeit von Arzt und Patient. Festzuhalten gilt es jedoch, dass ärztliche Empfehlungen diese Balance nicht notwendigerweise zuungunsten der Autonomie des Patienten gefährden, sondern dass diese vielmehr als Kompetenzsteigerung der Patienten fungieren können (vgl. Koerfer/Obliers/Köhle 2005) und den Patienten so bei der Entscheidungsfindung unterstützen und nicht zwangsläufig einschränken. Eine selbstbestimmte Entscheidung, wie sie auf diese Weise ermöglicht wird, ist indes nicht nur aus ethisch-rechtlicher Sicht wünschenswert und in Fällen gleichwertiger Behandlungsmethoden sogar erforderlich (vgl. Kap. 5.4), sondern trägt darüber hinaus auch zur Förderung der Compliance des Patienten und somit letztlich immer auch zum Erfolg der Therapie bei.

Deshalb möchte ich auf der Grundlage der Ergebnisse meiner Analysen dafür plädieren, ärztliche Empfehlungen nicht zwangsläufig im Sinne einer autonomen Entscheidung des Patienten zu unterbinden bzw. zu vermeiden. Vielmehr sollen im Folgenden Vorschläge hinsichtlich deren Positionierung und Formulierung gemacht werden mit dem Ziel, trotz der Meinungsäußerung seitens des Arztes eine selbstbestimmte Entscheidung des Patienten zu ermöglichen.

8.2 'Empfehlungen für Empfehlungen': Sechs Vorschläge zur Gestaltung des Entscheidungsprozesses in Arzt-Patienten-Gesprächen

Im Folgenden möchte ich abschließend sechs Vorschläge zur Gestaltung des Entscheidungsprozesses in ärztlichen Gesprächen machen, wobei ich mich insbesondere auf die Formulierung sowie die interaktive Vor- und Nachbereitung von Empfehlungen kon-

zentriere. Diese "Empfehlungen für Empfehlungen" beruhen auf den Ergebnissen der gesprächsanalytischen Untersuchung nephrologischer Therapieplanungsgespräche, lassen sich jedoch vermutlich auch in anderen medizinischen Kontexten, in denen Entscheidungen getroffen werden müssen, sinnvoll umsetzen.

(1) Modalisierung der Empfehlungen

Die Analyse der Gespräche hat sehr deutlich gezeigt, dass Ärzte durch eine tentative Formulierung ihrer Empfehlungen die Voraussetzungen für die Patienten schaffen können, die Empfehlungen zu überdenken, zu befolgen oder auch zurückzuweisen. Durch sprachliche Mittel wie beispielsweise epistemische Matrixkonstruktionen (*ich glaub, ich denke*) oder durch Heckenausdrücke wie *vielleicht* oder *wahrscheinlich* können Ärzte ihre Empfehlungen abschwächen und auf diese Weise verhindern, dass diese von den Patienten als verdeckte Anweisungen aufgefasst werden.

(2) Offenlegung von Tendenzen

Da die Meinungen der Ärzte trotz des Bemühens um Neutralität das Gespräch wahrscheinlich ohnehin beeinflussen – sei es durch die Art und Weise der Informationsweitergabe oder durch die Formulierung der Behandlungsmethoden (vgl. v. a. Fallbeispiel 2) – halte ich es für sinnvoll, dass die Ärzte ihre Tendenzen und Präferenzen vielmehr offenlegen und für den Patienten transparent machen. Denn erst auf diese Weise werden die Einstellungen der Ärzte für die Patienten zum verhandelbaren Gesprächsgegenstand und können dementsprechend aus deren Perspektive evaluiert werden.

(3) Aktives Ergründen der Präferenzen des Patienten

Ebenso zentral ist auch die Offenlegung der Präferenzen der Patienten, die zusammen mit den medizinischen Erfordernissen die Grundlage der zu treffenden Entscheidung bilden sollen. Aufgabe der Ärzte ist es dementsprechend, die Wünsche, Bedürfnisse und Lebensumstände der Patienten in den Mittelpunkt des Gesprächs zu stellen, um auf diese Weise deren Haltung hinsichtlich der anstehenden Therapie zu ergründen. Indem die Ärzte beispielsweise aktiv die Präferenzen der Patienten erfragen (vgl. Koenig 2011) oder auf Szenarios zurückgreifen, mithilfe derer sie die Lebenswelt der Patienten antizipieren (vgl. Fallbeispiel 3), können sie deren Bedürfnisse und Vorstellungen zum Thema des Gesprächs machen und so in den Mittelpunkt des Entscheidungsprozesses stellen. Dementsprechend betonen auch Quill und Brody (1996: 776) die zentrale Bedeutung, die sowohl den Meinungen und Überzeugungen der Ärzte als auch den Bedürfnissen und Wünschen der Patienten in medizinischen Entscheidungsdialogen zukommt und verdeutlichen darauf aufbauend ihr Verständnis von der Rolle des Arztes als Ratgeber und Begleiter in medizinischen Entscheidungsfindungsprozessen:

All medical decisions have value-laden consequences and thus should be made in the context of a multidimensional exchange of ideas, values, feelings, and experiences be-

tween physicians and patients. The physician is as much guide and fellow traveler as technician and medical expert.

(4) Gemeinsamkeit der Entscheidungsfindung betonen

Ein wichtiger Aspekt scheint mir auch der Verweis der Ärzte auf die Gemeinsamkeit der Entscheidungsfindung zu sein. Dies wird von den Ärzten in den untersuchten Gesprächen beispielsweise durch explizite diesbezügliche Hinweise (vgl. Fallbeispiel 3, Datum 1, Zeile 06-12: wir machen uns jetzt noch mal zuSAMmen n_paar gedanken [...] wie wir das mit der nierenfunktion [...] weiter geSTALten wollen) oder durch die Wahl des Pronomens wir (vgl. etwa Fallbeispiel 2, Datum 8) realisiert.

(5) Empfehlungen begründen

Ärztliche Empfehlungen sollten immer begründet werden, beispielweise, indem die Ärzte die Vorteile des empfohlenen Therapieverfahrens hervorheben oder die medizinischen Umstände, die die Wahl des Verfahrens beeinflussen, explizieren. Denn durch die Nennung von Gründen für ärztliche Meinungen und Handlungen können nicht nur gemeinsame Perspektiven auf die anstehende Entscheidung erarbeitet, sondern gleichzeitig die Kooperativität der Patienten gesichert werden. Begründungen von Empfehlungen können dementsprechend zusammen mit Costello und Roberts (2001: 246) als "conversational work that is done to get patient on board with the recommendation" verstanden werden. So betont auch Parry (2009: 851):

[Doctors] accounts contribute in a number of ways to therapeutic interactions, for instance by persuading and motivating patients, providing education, discouraging resistance, and by communicating sensitively and informatively about difficult and demanding activities and topics.

(6) Offener Umgang mit Informationen

Zuletzt möchte ich für einen offenen Umgang der Ärzte mit den ihnen zur Verfügung stehenden Informationen plädieren. Es ist von zentraler Bedeutung, dass die Patienten alle Informationen erhalten, die sie brauchen, um eine auf ihre Bedürfnisse und Vorstellungen zugeschnittene Entscheidung treffen zu können. Dies muss nicht notwendigerweise bedeuten, die Patienten ausführlich über die medizinisch-technischen Hintergründe der in Frage kommenden Behandlungsoptionen aufzuklären. Wie die Analyse der Gespräche mehrfach gezeigt hat (vgl. v.a. Fallbeispiel 2), sind für die Patienten vielmehr insbesondere die Auswirkungen, die die jeweiligen Therapieverfahren auf ihre Lebensgestaltung haben, von großer Bedeutung. Deshalb gilt es, die Bedingungen, Pflichten und Erfordernisse der vorgestellten Behandlungsoptionen ausführlich zu besprechen und die Patienten auf diese Weise im Prozess eines persönlichen Empowerment zu unterstützen (vgl. Ditz 2006: 179).

9. LITERATUR

- Auer, Peter (1991): Vom Ende deutscher Sätze. In: Zeitschrift für germanistische Linguistik 19, 139-157.
- Balint, Michael (1976): Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Stuttgart (Vierte Auflage).
- Belica, Cyril (2011): Kookkurrenzdatenbank CCDB. Institut für Deutsche Sprache, Mannheim.
- Bergmann, Sarah (1988): Ethnomethodologie und Konversationsanalyse. Hagen.
- Bergmann, Sarah: (1994): Ethnomethodologische Konversationsanalyse. In: Fritz, Gerd/Hundsnurscher, Franz (Hrsg.): Handbuch der Dialoganalyse. Tübingen, 3-16
- Brinker, Klaus/Sager, Sven (2006): Einführung in die linguistische Gesprächsanalyse. Berlin.
- Brünner, Gisela/Gülich, Elisabeth (2002): Verfahren der Veranschaulichung in der Experten-Laien-Kommunikation. In: Brünner, Gisela/Gülich, Elisabeth (Hrsg.): Krankheit verstehen. Bielefeld, 17-93.
- Brünner, Gisela/Gülich, Elisabeth (Hrsg.) (2002): Krankheit verstehen. Interdisziplinäre Beiträge zur Sprache in Krankheitsdarstellungen. Bielefeld.
- Brünner, Gisela (2009): Die Verständigung zwischen Arzt und Patient als Experten-Laien-Kommunikation. In: Klusen, Norbert et al. (Hrsg.): Informiert und selbstbestimmt. Der mündige Bürger als mündiger Patient, Baden-Baden, 170-187.
- Bußmann, Hadumod (2002): Lexikon der Sprachwissenschaft. Stuttgart.
- Cicourel, Aaron (1973): Cognitive Sociology. London.
- Clark, Herbert/Schaefer, Edward (1989): Contributing to Discourse. In: Cognitive Science 13, 259-294.
- Clayman, Steven/Gill, Virginia T. (2004): Conversation analysis. In: Hardy, Melissa/Bryman, Alan: Handbook of Data Analysis. Beverly Hill, 589-606.
- Costello, Brian/Roberts, Felicia (2001): Medical recommendations as joint social practice. In: Health Communication 13/3, 241-260.
- Deppermann (2000): Ethnographische Gesprächsanalyse: Zu Nutzen und Notwendigkeit von Ethnographie für die Konversationsanalyse. In: Gesprächsforschung Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion 1, 96-124.
- Deppermann, Arnulf (2001): Gesprächsanalyse als explikative Konstruktion Ein Plädoyer für eine reflexive ethnomethodologische Konversationsanalyse. In: Iványi, Zsuzsanna/Kertész, András (Hrsg.): Gesprächsforschung. Tendenzen und Perspektiven. Frankfurt am Main u. a., 43-73.
- Deppermann, Arnulf (2007): Grammatik und Semantik aus gesprächsanalytischer Sicht. Berlin/New York.
- Deppermann, Arnulf (2008): Gespräche analysieren. Eine Einführung in konversationsanalytische Methoden. Opladen.

- Deppermann, Arnulf/Schmitt, Reinholf (2008): Verstehensdokumentationen: zur Phänomenologie von Verstehen in der Interaktion. In: Deutsche Sprache 36/3, 220-245.
- Deutscher Ärzte-Verlag (1994): Gesundheitliches Programm der Ärzteschaft. Köln.
- Ditz, Susanne (2006): Entscheidungsdialog. Die Patientin als Partnerin im Entscheidungsprozess. In: Ditz, Susanne et al. (Hrsg.): Psychoonkologie. Schwerpunkt Brustkrebs. Stuttgart, 174-181.
- Drew, Paul/Heritage, John (1992): Introduction. In: Talk at Work. Interaction in Institutional Settings. Cambridge.
- Duden (2010). Das Bedeutungswörterbuch. Wortschatz und Wortbildung. Mannheim u.a.
- Eberle, Thomas S. (1997): Ethnomethodologische Konversationsanalyse. In: Hitzler, Ronald/Honer, Anne (Hrsg.): Sozialwissenschaftliche Hermeneutik. Eine Einführung. Opladen.
- Faden, Ruth/Beauchamp, Tom (1986): A History and Theory of Informed Consent. Oxford.
- Fiehler, Reinhard (1990): Erleben und Emotionalität als Problem der Arzt-Patienten-Interaktion. In: Ehlich, Konrad et al. (Hrsg.): Medizinische und therapeutische Kommunikation. Opladen, 41-65.
- Fiehler, Reinhard (2005): Erleben und Emotionalität im Arzt-Patienten-Gespräch. In: Neises, Mechthild/Ditz, Susanne/Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention. Stuttgart, 120-136.
- Fiehler, Reinhard (2009): Gesprochene Sprache. In: Duden. Die Grammatik. Unentbehrlich für richtiges Deutsch. Mannheim et al. (8. Auflage), 1165-1244.
- Galinski, Agathe (2004): Zweierlei Perspektiven auf Gespräche: Ethnomethodologische Konversationsanalyse und Diskursanalyse im kontrastiven Vergleich. Onlinedokument auf LINSE: http://www.linse.unidue.de/linse/esel/pdf/konversation_diskurs.pdf.
- Gardner, Rob (2003): Rezipientenpartikeln in der englischen Sprache. In: ELiSe 3/1, 15-29.
- Garfinkel, Harold (1967): Studies in Ethnomethodology. Englewood Cliffs/NJ.
- Geberth, Steffen/Nowack, Rainer (2011): Praxis der Dialyse. Heidelberg.
- Geisler, Linus (2004): Patientenautonomie eine kritische Begriffsbestimmung. In: Deutsches medizinisches Wochenschreiben 129, 453-456.
- Goffman, Erving (1974): Frame Analysis: An Essay on the Organization of Experience. London.
- Günthner, Susanne (2012): Eine interaktionale Perspektive auf Wortarten: Das Beispiel und zwar. In: Rothstein, Björn (Hrsg.): Nicht-flektierende Wortarten. Berlin, 14-47.
- Gusy, Burkhard/Drewes, Jochen (2012): Vertrauen in der Arzt-Patient-Beziehung. In: Kirch, Wilhelm et al. (Hrsg.): Prävention und Versorgung. Berlin, 496-511.

- Guyatt, Gordon et al. (2008): GRADE. Going from evidence to recommendations. In: British Medical Journal 336/7652, 1049-1051.
- Hausendorff, Heiko/Quasthoff, Uta (2005): Sprachentwicklung und Interaktion. Radolfzell.
- Heath, Christian (1992): The delivery and reception of diagnosis in the general-practice consultation, in: Drew, Paul/Heritage, John (Hrsg.): Talk at work. Interaction in institutional settings. London, 235-267.
- Helbig, Gerhard/Helbig, Agnes (1993): Lexikon deutscher Modalwörter. Leipzig (2. Auflage).
- Höflich, Joachim et al (2009): Wozu braucht man da noch einen Arzt? Die Veränderung der Arzt-Patienten-Beziehung durch das Internet. In: Klusen, Norbert et al. (Hrsg.): Informiert und selbstbestimmt. Der mündige Bürger als mündiger Patient. Baden-Baden, 206-220.
- Holly, Werner (1979): Imagearbeit in Gesprächen. Zur linguistischen Beschreibung des Beziehungsaspekts. Tübingen.
- Holly, Werner (1992): Holistische Dialoganalyse. Anmerkungen zur "Methode" pragmatischer Textanalyse. In: Wiegand, Herbert Ernst (Hrsg.): Methodologie der Dialoganalyse. Tübingen, 15-40.
- Hudak, Pamela/Clark, Shannon/Geoffrey, Raymond (2011): How surgeons design treatment recommendations in orthopedic surgery. In: Social Science & Medicine 73: 1028-1036.
- Katzenmeier, Christian (2010): Aufklärungspflicht und Einwilligung. In: Laufs, Adolf (Hrsg.): Arztrecht. München, 98-147.
- Katzenmeier, Christian (2012): Patientenautonomie und Patientenrechte. In: Bundesgesundheitsblatt 55, 1093-1099.
- Klemm, Michael/Michel, Sascha (2014): Medienkulturlinguistik. Plädoyer für eine holistische Analyse von (multimodaler) Medienkommunikation. In: Benitt, Nora et al. (Hrsg.): Korpus Kommunikation Kultur: Ansätze und Konzepte einer kulturwissenschaftlichen Linguistik. Trier, 183-215.
- Koenig, Christopher (2011): Patient resistance as agency in treatment decisions. In: Social Science & Medicine 72, 1105-1114.
- Koerfer, Albert/Obliers, Rainer/Köhle, Karsten (2005): Entscheidungsdialog zwischen Arzt und Patient. In: Neises, Mechthild/Ditz, Susanne/Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention. Stuttgart, 137-157.
- Kook, Jiyeon (2015): Agency in Arzt-Patient-Gesprächen. Zur interaktionistischen Konzeptualisierung von Agency. Bern u.a.
- Kreß, Hartmut (2010): Patientenautonomie und ärztliche Verantwortung im Licht dialogischer Ethik. Referat auf dem 11. Mannheimer Ethik-Symposium am 6. November 2010 in der Universität Mannheim mit dem Rahmenthema "Ethik des Arztes, Ethik des Patienten, Ethik der Gesellschaft".

- Lalouschek, Johanna (1995): Ärztliche Gesprächsausbildung. Eine diskursanalytische Studie zu Formen des ärztlichen Gesprächs. Opladen.
- Lalouschek, Johanna (2002): Frage-Antwort-Sequenzen im ärztlichen Gespräch. In: Brünner, Gisela/Fiehler, Reinhard/Kindt, Walther (Hrsg.): Angewandte Diskursforschung. Band. 1. Radolfzell, 155-173.
- Langewitz, Wolf (2011): Patientenzentrierte Kommunikation. In: Herzog Wolfgang von et al. (Hrsg.): Uexküll. Psychosomatische Medizin. Theoretische Modelle und klinische Praxis. München, 338-347.
- Laufs, Adolf (2010): Aufklärungspflicht und Einwilligung. In: Laufs, Adolf (Hrsg.): Arztrecht, München, 86-129.
- Leibl, Matthias (2001): Medizinischer Paternalismus und Patientenautonomie. Flensburg.
- Lelie, Anique (2000): Decision-making in nephrology. In: Patient Education and Counseling 39, 80-91.
- Magnus, Dorothea (2012): Fürsorge oder Selbstbestimmung? In: Deutsches Ärzteblatt 109/18, 918-921.
- Matthes, Jörg (2014): Framing. Baden-Baden.
- Maynard, Douglas W. (1989): Perspective-Display Sequences in Conversation. In: Western Journal of Speech Communication 53, 91-113.
- Maynard, Douglas W. (2003): Bad News, Good News. Conversational Order in Everyday Talk and Clinical Setting. Chicago.
- Maynard, Douglas W. (2004): On Predicating a Diagnosis as an Attribute of a Person. In: Discourse Studies 6/1, 53-76.
- Meinauer, Jörg (2001): Pragmatik. Tübingen.
- Müller, Marcus (i. Dr.): Sprachliches Rollenverhalten. Korpuspragmatische Studien zu divergenten Kontextualisierungen in Mündlichkeit und Schriftlichkeit. Berlin/Boston.
- Neblig, Thomas/Fließgarten, Anja (2009): Wollen Patienten mündig sein? In: Klusen, Norbert et al. (Hrsg.): Informiert und selbstbestimmt. Der mündige Bürger als mündiger Patient, Baden-Baden, 80-96.
- Nothdurft, Werner/Reitemeier, Ulrich/Schröder, Peter (1994): Beratungsgespräche. Analyse Asymmetrischer Dialoge. Tübingen.
- Nowak, Peter/Spranz-Fogasy, Thomas (2008): Medizinische Kommunikation Arzt und Patient im Gespräch. In: Bogner, Andrea/Eichinger, Ludwig et al. (Hrsg.): Jahrbuch Deutsch als Fremdsprache 34. München, 80-96.
- Parry, Ruth (2009): Practitioners' accounts for treatment actions and recommendations in physiotherapy: when do they occur, how are they structured, what do they do? In: Sociology of Health & Illness 31/6, 835-853.
- Peräkylä, Anssi (2002): Agency and authority: Extended responses to Diagnostic Statements in Primary Care Encounters. In: Research on Language and Social Interaction 35/2, 219-247.
- Perkuhn, Rainer/Keibel, Holger/Kupietz, Marc (2012): Korpuslinguistik. Paderborn.

- Peters, Tim (2008): Macht im Kommunikationsgefälle. Der Arzt und sein Patient. Berlin.
- Peters, Tim (2015): "Sie können sich das quasi aussuchen, welches sie nehmen." Die interaktionale Aushandlung der therapeutischen Entscheidungsfindung in der medizinischen Ausbildung. Verlag für Gesprächsforschung (Band 2 der Reihe Empirische Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen (EKiG)).
- Pinkal, Manfred (1991): Vagheit und Ambiguität. In: Stechow, Armin von et al. (Hrsg.): Semantik. Ein internationales Handbuch der zeitgenössischen Forschung. Berlin/New York. 250-269.
- Pomerantz, Anita. (1984): Agreeing and disagreeing with assessments: some features of preferred/dispreferred turn shapes. In Atkinson, J. Maxwell/Heritage, John (Hrsg.): Structures in Social Action. Studies in Conversation Analysis. Cambridge, 57-101.
- Pschyrembel (2014): Klinisches Wörterbuch. Begründet von Willibald Pschyrembel. Bearbeitet von der Pschyrembel-Redaktion des Verlages. Berlin (264. Auflage).
- Quill, Timothy/Brody, Howard (1996): Physician Recommendation and Patient Autonomy: Finding Balance Between Physician Power and Patient Choice. In: Annals of Internal Medicine 125/9, 763-769.
- Reiter, Sarah (2011): Partizipationsbedürfnisse chronisch kranker Patienten bei der medizinischen Entscheidungsfindung. Unterschiede und Gemeinsamkeiten schizophrener Patienten im Vergleich zu Patienten mit Multipler Sklerose. München.
- Ries, Hans-Peter et al. (2012): Arztrecht. Praxishandbuch für Mediziner. Heidelberg. Roberts, Felicia (1999): Talking about treatment: Recommendations for breast cancer adjuvant therapy. New York.
- Sacks, Harvey/Schegloff, Emanuel/Jefferson, Gail (1974): A simplest systematics for the organisation of turn-taking in conversation. In: Language. 50/4, 696-735.
- Sacks, Harvey (1984): On doing "being ordinary". In: Atkinson, John/Heritage, John (Hrsg.): Structures of social action. Studies in conversational analysis. Cambridge, 413-440.
- Sacks, Harvey (1987): On the preferences for agreement and contiguity in sequences in conversation. In: Button, Graham/Lee, John (Hrsg.): Talk and social organization. Clevedon/Philadelphia, 54-69.
- Schedl, Evi (2014): Vages Sprechen in OPD-Gesprächen. Unveröffentlichte Masterarbeit. Universität Heidelberg.
- Schenkein, Jim (Hrsg.) (1978): Studies in the organization of conversational interaction. New York.
- Schmidt, Axel (1997): Gesprächsanalytische Methodik am Beispiel einer außerschulischen, pädagogischen Interaktion. Eine einführende Darstellung methodologischer Grundlagen und basaler Prozeduren. Frankfurt am Main.
- Schöne-Seifert, Bettina (2008): Grundlagen der Medizinethik. Stuttgart.

- Schütz, Alfred (1977): Zur Theorie sozialen Handelns. Ein Briefwechsel ("The theory of social action. The correspondence of Alfred Schutz and Talcott Parsons"). Frankfurt am Main.
- Selting, Margret et al. (2009): Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2. In: Gesprächsforschung Onlinezeitschrift zur verbalen Interaktion 10, 353-402.
- Smolle, Josef (2007): Sprachliche Probleme in der Arzt-Patient-Interaktion. In: Esterbauer, Reinhold/Pernkopf, Elisabeth/Ruckenbauer, Hans-Walter (Hrsg.): Wort-Wechsel. Sprachprobleme in den Wissenschaften interdisziplinär auf den Begriff gebracht. Würzburg, 139-152.
- Spiegel, Carmen/Spranz-Fogasy, Thomas (2001): Zur Methodologie der Handlungsstrukturanalyse von Gesprächen. In: Iványi, Zsuzsanna/Kertész, András (Hrsg.): Gesprächsforschung. Tendenzen und Perspektiven. Frankfurt am Main u.a., 243-257.
- Spranz-Fogasy, Thomas (2005): Kommunikatives Handeln in ärztlichen Gesprächen Gesprächseröffnung und Beschwerdenexploration. In: Neises, Mechthild/Ditz, Susanne/Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention. Stuttgart, 17-47.
- Spranz-Fogasy, Thomas/Klüber, Maike/Motsch, Johann (2012): Patientenbeteiligung im Prämedikationsgespräch. Falls Sie jetzt keine Fragen mehr haben... In: AINS (Zeitschrift für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie) 10. Stuttgart, 656–659.
- Spranz-Fogasy, Thomas (2014): Die allmähliche Verfertigung der Diagnose im Reden. Prädiagnostische Mitteilungen im Gespräch zwischen Arzt und Patient. Berlin/Boston.
- Spranz-Fogasy, Thomas/Becker, Maria (2015): Beschwerdenexploration und Diagnosemitteilung im ärztlichen Erstgespräch. In: Busch, Albert/Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.): Handbuch Sprache und Medizin. Berlin/Boston.
- Stachowiak, Herbert (1973): Allgemeine Modelltheorie. Wien/New York.
- Staffeldt, Sven (2009): Einführung in die Sprechakttheorie. Tübingen.
- Stivers, Tanya (2005a): Non-antibiotic treatment recommendations: delivery formats and implications for parent resistance. In: Social Science & Medicine 60/5, 949-964.
- Stivers, Tanya (2005b): Parent resistance to physicians' treatment recommendations: one resource for initiating a negotiation of the treatment decision. In: Health Communication 18, 41-74.
- Strauss, Anselm et al. (1980): Gefühlsarbeit. Ein Beitrag zur Arbeits- und Berufspsychologie. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 3, 629-651.
- White, Sheida (1989): Backchannels across cultures: A study of Americans and Japanese. In: Language in society, 59-76.

Wiese, Ingrid (2001): Aspekte des Wissenstransfers im Bereich Institution Gesundheitswesen. In: Wichter, Sigurd/Antos, Gerd (Hrsg.): Wissenstransfer zwischen Experten und Laien. Umriss einer Transferwissenschaft. Frankfurt am Main.

Internetquellen

CEAPIR-Patientenbefragung in Europa:

http://www.bundesverband-niere.de/2723/broschuere-ceapir-patientenbefragung-in-europa/ (zuletzt aufgerufen am 08.08.2014).

Deutsches Referenzkorpus, IDS Mannheim:

http://www1.ids-mannheim.de/kl/projekte/korpora/ (zuletzt aufgerufen am 30.10.2014).

Grammis. Das grammatische Informationssystem des IDS Mannheim: http://hypermedia.ids-mannheim.de/ call/public/gramwb.ansicht?v_app=g. (zuletzt aufgerufen am 23.11.2014).

Homepage des Kuratoriums für Dialyse und Nierentransplantation http://www.kfh-dialyse.de/dialyse/dialyse-zentrums-dialyse.html (zuletzt aufgerufen am 08.10.2014).

Presseportal der Bayrischen Landesärztekammer:

http://www.presseportal.de/pm/55210/2863015/selbstbestimmung-und-patientenrechte (zuletzt aufgerufen am 19.09.2014).

10. ANHANG

10.1 Konventionen zur Erstellung eines erweiterten Minimaltranskripts nach GAT 2

Sequenzielle Struktur/Verlaufsstruktur

Überlappungen und Simultansprechen

[]

Ein- und Ausatmen

h / h°
Ein- bzw. Ausatmen von ca. 0.2-0.5 Sek. Dauer
hh / hh°
Ein- bzw. Ausatmen von ca. 0.5-0.8 Sek. Dauer
hhh / hhh°
Ein- bzw. Ausatmen von ca. 0.8-1.0 Sek. Dauer

<u>Pausen</u>

(.) Mikropause, geschätzt, bis ca. 0.2 Sek. Dauer (0.5) gemessene Pausen von ca. 0.5 bzw. 2.0 Sek. Dauer

(2.0) (Angabe mit einer Stelle hinter dem Punkt)

Segmentale Konventionen

Dehnung, Längung, um ca. 0.2-0.5 Sek.
Dehnung, Längung, um ca. 0.5-0.8 Sek.
Dehnung, Längung, um ca. 0.8-1.0 Sek.

Sonstige segmentale Konventionen

und_äh Verschleifungen innerhalb von Einheiten
äh öh äm Verzögerungssignale, sog. "gefüllte Pausen"

Akzentuierung

akZENT Fokusakzent

ak!ZENT! extra starker Akzent

Lachen und Weinen

haha hehe hihi silbisches Lachen

((lacht))((weint)) Beschreibung des Lachens

<Lachpartikeln in der Rede, mit Reichweite

Rezeptionssignale

nei ein nee e

nit Glottalverschlüssen, meistens verneinend

Sonstige Konventionen

((hustet))	para- und außersprachliche Handlungen und Ereignisse	
< <hustend> ></hustend>	sprachbegleitende para- und außersprachliche Handlungen	
	und Ereignisse mit Reichweite	
()	unverständliche Passage ohne weitere Angaben	
(xxx), (xxx xxx)	ein bzw. zwei unverständliche Silben	
(solche)	vermuteter Wortlaut	
(also/alo)	mögliche Alternativen	
()	unverständliche Passage	
(())	Auslassung im Transkript	

10.2 Ergebnisse der Kookkurrenz- und Textsortenanalysen (Kapitel 4.1)

10.2.1 Kookkurrenzanalyse der Lexeme Empfehlung und empfehlen

- Suchsyntax: & Empfehlung ODER & empfehlen (366.752 Treffer)
- Einstellungen: Größe des zu analysierenden Kotextes: 5 Wörter links und 5 Wörter rechts vom Bezugswort, Granularität: grob, Zuverlässigkeit: normal, Clusterzuordnung: eindeutig, Satzgrenzen: beachten

#	Häufigkeit	Kookkurrenzen
1	9647	Ausschuss
2	4077	Drucksache
3	1257	Beschlussempfehlung
4	2447	Annahme
5	2120	Ablehnung
6	3744	dringend
7	2152	Lektüre
8	880	Überweisung
9	2341	einstimmig
10	147	Nr
11	1050	wärmstens
12	763	Ausschüsse
13	1061	Dr
14	1135	Nachahmung
15	2622	Kommission
16	29	Buchstabe
17	222	Schuhwerk
18	1158	Gesetzentwurf
19	469	Finanzausschuss
20	2448	Experten

Textsortenanalyse: Plenarprotokoll mit 61.351 Treffern und Bericht mit 35.879 Treffern als Textsorten, in denen die Lexeme *Empfehlung* und *empfehlen* am frequentesten vorkommen.

10.2.2 Kookkurrenzanalyse der Lexeme Vorschlag und vorschlagen

- Suchsyntax: &Vorschlag ODER &vorschlagen (626.906 Treffer)
- Einstellungen: Größe des zu analysierenden Kotextes: 5 Wörter links und 5 Wörter rechts vom Bezugswort, Granularität: grob, Zuverlässigkeit: normal, Clusterzuordnung: eindeutig, Satzgrenzen: beachten

#	Häufigkeit	Kookkurrenzen
1	5459	Löschung
2	15	Commons
3	5868	konkrete
4	35	gelöscht
5	2911	unterbreiten
6	29	aufgeführten
7	8880	würde
8	28	Ausschüsse
9	2316	unterbreitet
10	4971	worden
11	8196	machen
12	5777	gemacht
13	175	Tagesordnung
14	2284	Kommission
15	1191	konstruktive
16	2378	Ideen
17	1442	erarbeiten
18	18	Anregungen
19	1373	Verbesserung
20	1173	erarbeitet

Textsortenanalyse: Bericht mit 26.583 Treffern und Enzyklopädie-Artikel mit 13.137 Treffern als Textsorten, in denen die Lexeme *Vorschlag* und *vorschlagen* am frequentesten vorkommen.